UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1950 N° 111

BILAN DE L'ACTIVITÉ OBSTÉTRICALE

DE LA MATERNITÉ DE L'HOPITAL DE LA LIBÉRATION DE TUNIS

AU COURS DES ANNÉES 1947-1948 ET DES TROIS PREMIERS TRIMESTRES 1949

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement en Décembre 1950

PAR

ALBERT LAHANA

MEMBRES DU JURY

MM. GUILHEM, *Président*

GRIMOUD
RIEUNAU
PONTONNIER } *Assesseurs.*

POULHES, *Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE CLEDER
28, rue de la Pomme

1950

BILAN DE L'ACTIVITÉ OBSTÉTRICALE DE LA MATERNITÉ DE L'HOPITAL DE LA LIBÉRATION DE TUNIS

AU COURS DES ANNÉES 1947-1948 ET DES TROIS PREMIERS TRIMESTRES 1949

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1950 N° 111

BILAN DE L'ACTIVITÉ OBSTÉTRICALE

DE LA MATERNITÉ DE L'HOPITAL DE LA LIBÉRATION DE TUNIS

AU COURS DES ANNÉES 1947-1948 ET DES TROIS PREMIERS TRIMESTRES 1949

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement en Décembre 1950

PAR

ALBERT LAHANA

MEMBRES DU JURY

MM. GUILHEM, *Président*

GRIMOUD
RIEUNAU
PONTONNIER } *Assesseurs.*

POULHES, *Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE CLEDER
28, rue de la Pomme

1950

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN ..... MM. LEFEBVRE.
ASSESSEUR ..... BRUSTIER.
Doyens honoraires ..... GORSE, CALVET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL. MM. MÉRIEL. MM. GARIPUY.
LAFFORGUE. CLERMONT. RIBAUT.
SERR. VALLOIS.

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM.	RISER.
Clinique médicale		TAPIE, ROQUES.
Clinique obstétricale		GUILHEM.
Physiologie		SOULA.
Clinique chirurgicale et du Cancer		DUCUING.
Physique biologie et médicale		BUGNARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....		NANTA.
Chimie et Toxicologie		BRUSTIER.
Pathologie générale et médecine expérimentale		SENDRAIL.
Clinique chirurgicale et gynécologie		LEFEBVRE.
Anatomie		LAZORTHES.
Histoire naturelle		DELAS.
Clinique médicale infantile et puériculture		SOREL (R.).
Pharmacie		CAUJOLLE.
Pathologie interne et Clinique des Maladies de la Tuberculose		MOREL.
Bactériologie, hygiène, médecine sociale		ANBRIEU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		VIRENQUE.
Clinique des maladies des voies urinaires		FABRE (P.).
Matière médicale		VINCENT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		MÉRIEL (P.).
Anatomie pathologique		FABRE (J.).
Clinique O.R.L. et de chirurgie maxillo-faciale ..		CALVET.
Clinique ophtalmologique ..		CALMETTES.
Chimie biologique		VALDIGUIÉ (P.).
Médecine légale et du Travail		PLANQUES.
Histologie et Embryologie...		BROUSSY.
Médecine Sociale		BOUNHOURE.
Thérapeutique		GADRAT.
Pathologie Chirurgicale		GRIMOUD.
Stomatologie		CADENAT.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	MM.	BAISSET.
Anatomie		COULOUMA.

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie	MM.	POULHÈS.
Histologie		BIMES.
Sciences naturelles		BOUISSET.
Pharmacie		COUTURIER
Botanique	Mme	DULUCQ-MATHO
Bactériologie	Mme	ENJALBERT.
Chimie Biologique	MM.	POLONOVSKI.
Physique médicale		AUVERGNAT.
Chimie générale pharmaceutique		BLANC.

AGRÉGÉS

Médecine	MM.	DARNAUD.
		GÉRAUD.
		DARDENNE.
		LAPORTE (J.).
		BAUDOT.
Ophtalmologie		DÉODATI.
Physique médicale		MARQUÈS.
Obstétrique		PONTONNIER.
Chirurgie		RIEUNAU.
		DIEULAFÉ.
		DAMBRIN (P.).
Oto-Rhino-Laryngologie		CLAUX.
Urologie		LHEZ (*Ch. de*

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM.	GUILHEM
Chimie biologique		DOUSTE-BLAZY
Chimie pathologique		VALDIGUIÉ (P.
Chimie minérale		BLANC.
Physique pharmaceutique...		AUVERGNAT.
Dermatologie et Syphiligraphie		BAZEX.
Législation pharmaceutique.		BOUISSET.
Tuberculose		MOREL.
Chirurgie pulmonaire		DAMBRIN (P.).
Parasitologie		LASSERRE.
Cryptogamie	Mme	DULUCQ-MATHO
Chimie analytique	MM.	BLANC.
Hydrologie et géologie		ASTRE.
Anatomie médico-chirurgicale		THOMAS.
Pharmacodynamie (Méd.)....		BAISSET.
Pharmacodynamie (Pharm.).		CAUJOLLE.
Bactériologie et Hygiène		LAPORTE.
Ophtalmologie		DEODATI.
Neuro-chirurgie		LAZORTHES.
Oto-Rhino-Laryngologie		CLAUX.
Mycologie		MORQUER.
Physiologie		COLOMBIES.
Psychiatrie		GAYRAL.

Secrétaire de la Faculté : ARGILAS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération en date du 12 mai 1891)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA MERE

Morte en déportation

A MA SŒUR

Morte en déportation

A MON FRERE ROGER

Fusillé par les Allemands

A MON PERE

A MES FRERES

A TOUS LES MIENS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILHEM

Professeur de Clinique Obstétricale

Qui a bien voulu accepter de présider notre thèse. En faible témoignage de notre reconnaissance et de notre admiration.

A NOTRE JURY DE THESE :

Monsieur le Professeur GRIMOUD

Professeur de Pathologie Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux

Avec nos respectueux remerciements pour la clarté de ses leçons dont nous conserverons le profitable souvenir.

Monsieur le Professeur RIEUNAU

Professeur Agrégé à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux

Qui, dans le cours de nos études, nous prodigua si souvent ses encouragements et ses conseils, et que nous assurons de notre profonde gratitude.

Monsieur le Professeur PONTONNIER

Professeur Agrégé à la Faculté
Accoucheur des Hôpitaux

Que nous remercions d'avoir bien voulu faire partie de notre jury de thèse.

Monsieur le Professeur POULHES

Professeur Agrégé à la Faculté

En respectueux hommages.

A Monsieur le Docteur VALENSI

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Accoucheur de l'Hôpital de la Libération à Tunis

Qui nous a inspiré cette thèse et n'a cessé de nous dispenser ses conseils éclairés à l'occasion de ce travail. Nous lui exprimons notre vive reconnaissance.

A Monsieur le Docteur GHOUILA-HOURI

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien Chef des services à l'Hôpital de la Libération à Tunis

En gage de reconnaissance pour la sollicitude désintéressée qu'il n'a cessé de nous témoigner en guidant nos premiers pas de pratique chirurgicale.

A MES CAMARADES D'EXTERNAT

A MES CAMARADES INTERNES DE TUNIS

Au Docteur FICAT

Assistant des Hôpitaux

Avec toute notre amitié.

A ANTOINE

Camarade de Maquis

Introduction

1) HISTORIQUE

Nous nous proposons, dans cette thèse, de faire un bilan de l'activité obstétricale de la Maternité de l'Hôpital de la Libération de Tunis, au cours des années 1947-1948 et des trois premiers trimestres de l'année 1949.

L'Hôpital de la Libération s'est installé dans les locaux de l'Hôpital Garibaldi, hôpital de la colonie italienne de Tunisie (anciens et nouveaux bâtiments). Il fut occupé par les armées alliées dès leur entrée en Tunisie en mai 1943.

Remis peu après à la disposition de la population civile, il a commencé à fonctionner sous le nom d'Hôpital de la Libération, en novembre 1943.

Pendant les premières années (1944, 1945, 1946), la Maternité fut dirigée provisoirement par le Chef de Service de l'Hôpital Sadiki, qui cumulait les deux fonctions, et son activité fut alors très réduite, jusqu'à la désignation d'un titulaire officiel en octobre 1946.

C'est pourquoi nous n'avons fait partir l'étude de son activité obstétricale qu'en janvier 1947, les trois derniers mois de 1946 ayant été occupés à la réorganisation du service.

De petite Maternité qu'elle était les deux premières années de son existence, ne totalisant que 1.020 *accouchements en trois ans,* soit une moyenne de 350 *accou-*

chements par an environ, elle ne tardera pas à devenir la plus importante de Tunis par le nombre d'accouchements accomplis:

2.641 accouchements en 33 mois, soit 960 accouchements par an environ, malgré le nombre réduit de lits d'hospitalisation.

Avant d'exposer le bilan de l'activité obstétricale du service, il nous paraît indispensable d'exposer les grandes lignes de son organisation et de son fonctionnement, en insistant autant sur ses qualités que sur ses défauts qui ne manqueront pas, nous l'espérons, d'être corrigés.

2) LES LOCAUX

Installés au troisième étage du nouveau bâtiment de l'hôpital (construit en 1938), ils n'occupent que la moitié de cet étage, l'autre moitié étant réservée au secteur féminin du service de chirurgie.

Les locaux comprennent deux salles de 10 lits chacune et deux petites chambres de 2 lits. Ce sont de belles salles, spacieuses, bien aérées, dont les dimensions correspondent bien au nombre théorique de lits.

Mais en période d'encombrement (éventualité très fréquente), on ajoute un lit dans chacune des deux petites chambres et en période de surencombrement (éventualité assez fréquente), on est obligé d'utiliser des matelas posés à même le sol, pour ne pas renvoyer des femmes en travail avancé au dystocique. Il est arrivé ainsi de loger *30 à 32 femmes* dans des locaux destinés à n'en contenir que *24*.

Il existe en outre:

— *une pouponnière* de 20 berceaux, de 5 m 50 sur 5 m 5, généralement trop petite et nous astreignant souvent à mettre deux nouveaux-nés dans le même berceau,

— deux salles de travail très convenables,
— sans compter les dépendances, espace étroit où évoluent difficilement religieuses, médecins, sages-femmes et filles de salles. Les locaux sont neufs, bien éclairés, relativement bien exposés, bien entretenus et ces conditions favorables sont sans doute pour beaucoup dans l'affluence des femmes enceintes vers cette Maternité.

Mais cette impression favorable que donne le premier examen s'atténue malheureusement dès qu'on essaie d'observer mieux l'agencement des lieux.

a) *Exiguité.* — L'exiguité des locaux ne permet d'installer normalement que 24 lits.

1) alors que dans les deux autres Maternités hospitalières de Tunis, on compte respectivement:

— 55 lits à l'Hôpital Sadiki
— et 45 lits à l'Hôpital Ch. Nicolle.

Et cette différence entre les nombres de lits est plus sensible quand on compare les chiffres respectifs des accouchements pratiqués dans les trois services:

— pour l'Hôpital Sadiki ..... 770 accouchements
— pour l'Hôpital Ch. Nicolle... 530 »
— pour l'Hôpital de la Libération 960 »

Ceci explique les installations de fortune dont nous avons parlé plus haut et qui, en période de surencombrement, font de ce beau service un caravensérail.

D'autre part, il n'y a que 20 berceaux, ce qui est très insuffisant pour le nombre de nouveaux-nés du service.

b) Outre l'exiguité des lieux, la Maternité présente deux graves défauts:

1) il n'y a pas d'*isolement véritable:*

a) *pour les mères:* on ne peut isoler les infectées que dans les deux pièces à deux lits; mais cet isolement est illusoire car:

— le même personnel est affecté à ces malades isolées et aux autres accouchées;

— ces deux pièces d'isolement sont au même étage, dans le même service que le reste des lits de maternité.

Il y a heureusement très peu d'infectées dans le service. Quant aux infectées graves qui viennent de la ville, on ne peut les admettre.

b) *pour les nouveaux-nés:* ils sont tous dans la même pouponnière, qu'il s'agisse des *prématurés* nécessitant une température spéciale et des soins continuels ou des nouveaux-nés *infectés* (ces infections s'observent surtout en hiver pendant les épidémies de grippe, la contamination se produisant généralement par les « visites »).

Il n'existe pas de *biberonnerie.* Voici comment s'effectue la préparation des biberons:

L'eau stérile est versée dans le lait en poudre et le tout est battu avec une fourchette, pour ensuite être réchauffé au bain-marie. Cette préparation est faite dans une cuisine où toutes autres préparations culinaires sont faites pour les malades; le matériel ne peut être rigoureusement stérilisé; il s'en faut de beaucoup, malgré toutes les précautions, casseroles et ustensiles divers de ménage voisinant étroitement avec le matériel propre à la préparation du biberon.

2) *Il n'y a pas climatisation* de la pouponnière. En été, quand souffle le sirocco, les enfants présentent presque tous de l'hyperthémie et des troubles toxiques graves. On essaie d'atténuer ces troubles en pratiquant le refroidissement de la pouponnière par un procédé

assez rudimentaire: un ventilateur en marche devant un bloc de glace est posé à peu près au milieu de la salle.

3) LE PERSONNEL

a) *Médical:* Il comprend:

— le Chef de service,
— 1 interne assurant toutes les gardes,
— 3 sages-femmes (chaque sage-femme assurant la garde un jour sur trois).
soit 5 personnes pour 24 femmes,
soit 1 personne pour 5 femmes.

b) *Deux religieuses* tenant lieu d'infirmières-major dont l'une a pour tâche particulière la salle des nouveaux-nés.

c) *Dix filles de salles et soignantes* pour les femmes et pour les nouveaux-nés.

On en compte en tout 10, soit 1 pour 2,5 femmes environ (ce chiffre comprenant le personnel de jour et de nuit).

En conclusion, si le personnel soignant est relativement suffisant, le personnel médical est insuffisant:

1°) *l'interne* ne pouvant à lui seul assurer toutes les gardes a parfois recours à l'aide des internes de chirurgie ou de médecine qui, non spécialisés, ne peuvent suivre aussi bien qu'on le voudrait toutes les femmes;

2°) *le Chef de service* n'étant pas full-time, ne peut à lui seul assurer toutes les gardes, diriger le service, les consultations de femmes enceintes, de gynécologie et de puériculture. D'où la nécessité d'avoir recours à des assistants bénévoles qui contribuent à la bonne marche du service.

4) LE RECRUTEMENT

a) *Avant 1947*, le recrutement des consultantes et parturientes était très restreint. En effet, la Maternité était uniquement réservée aux Européennes,

et aux Tunisiennes non-musulmanes,

ce qui limitait beaucoup le nombre des femmes admises.

En effet, durant les trois années 1944, 1945, 1946, sur *1.020* parturientes admises dans le service, on compte:

— 682 Italiennes,
— 181 Israélites,
— 127 Françaises,
— 30 musulmanes.

b) *Après 1947*, l'admission plus large des musulmanes, la levée de l'interdiction faite en 1945 et 1946 aux Italiennes d'entrer à l'Hôpital de la Libération, ont contribué à augmenter considérablement le recrutement du service. Les unes et les autres sont en effet parmi les plus prolifiques des femmes de Tunisie. Elles sont, en outre, dans la majorité des *économiquement faibles* et constituent avec les israélites la clientèle habituelle des hôpitaux.

Ceci explique qu'à partir de 1947, l'activité du service se soit intensifiée comme l'indiquent les chiffres suivants, qui nous montrent la proportion d'européennes, d'israélites et de musulmanes ayant accouché depuis 1947 au quatrième trimestre 1949.

Sur 2.641 accouchements, on compte:

— 1.431 européennes,
— 303 musulmanes,
— 624 israélites.

Il est intéressant de souligner que cette expérience de cohospitalisation de tous les éléments de la population fut la première tentée en Tunisie. En effet, auparavant:

— l'Hôpital Sadiki était réservé aux musulmans tunisiens,

— et l'Hôpital Ch. Nicolle réservé au reste de la population.

Il y eut longtemps des résistances au principe de l'hospitalisation commune aux différents groupes de la population de Tunisie. L'expérience qui vient d'être tentée fut des plus concluantes. L'entente et la sympathie règnent dans le service entre toutes les accouchées, entre elles et le personnel religieux ou laïque. De plus, cette expérience nous a permis de nous livrer à des *études comparatives* de la pathologie obstétricale, selon les diverses catégories ethniques (nous en reparlerons plus loin).

5) LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE

a) L'hospitalisation

L'exiguité du service ne permet d'hospitaliser qu'un nombre limité d'expectantes. En effet, les parturientes occupent la grande majorité des lits. Quant aux femmes enceintes dont l'état nécessiterait une hospitalisation pour telle ou telle affection de la grossesse, il n'est possible de les hospitaliser qu'en très petit nombre. Enfin, suivant les possibilités du service, on hospitalise, mais très rarement, certaines malades présentant une affection gynécologique. D'où la limitation de notre travail à l'activité obstétricale et le peu de cas signalés de maladies de grossesse.

b) **Les consultations**

Elles ont lieu trois fois par semaine, le matin. Mais le nombre des consultantes est la plupart du temps si important que ces consultations sont trop rapidement faites.

Nous nous bornerons dans ce travail au bilan de l'activité obstétricale du service, à l'exclusion:

1°) de la gynécologie;

2°) des nouveaux-nés;

3°) de la consultation.

Etudes Générales

Le nombre global d'accouchements pratiqués à l'Hôpital de la Libération durant les années 1947, 1948 et 1949 (trois premiers trimestres) s'élève, nous l'avons vu, à *2.641*.

1) *Etude selon les catégories de la population:*

Ces *2.641* accouchements se répartissent comme suit:

— *1.431* européennes, soit 61 % du nombre d'accouchements total;

— *303* musulmanes, soit 13 % du nombre d'accouchements total;

— *624* israélites, soit 26 % du nombre d'accouchements total.

Nous voyons donc que le nombre d'européennes accouchées est à peu près *cinq fois* plus grand que celui des musulmanes et *deux fois et demi* plus grand que celui des israélites. Mais si l'on se rappelle que pendant les trois précédentes années, sur *1.020* accouchées, *30* seulement étaient musulmanes, on se rendra compte de l'accroissement net des accouchées de cette catégorie dans le service. On verra dans la suite de cette étude l'importance de cette discrimination ethnique, lorsque nous envisagerons les pourcentages des diverses dystocies.

2) *Variété des accouchements:*

Sur *2.641* accouchements. le nombre des accouchements eutociques pratiqués durant les trois années citées s'élève à *1.858*. Dans ce nombre, nous comprenons les accouchements survenus chez des parturientes ne présentant aucune cause de dystocie importante, c'est-à-dire que l'accouchement s'est terminé normalement, ou qu'il a nécessité une intervention instrumentale peu importante. Nous voulons parler des:

— dystocies osseuses,
— dystocies du col,
— anomalies de la présentation,
— maladies de l'œuf,
— maladies de la mère.

Par opposition à ces accouchements eutociques, on compte *783* accouchements dystociques, entrant dans les catégories énoncées ci-dessus et ayant nécessité souvent, soit une application de forceps difficile, soit une version podalique, soit une césarienne, soit une embryotomie.

3) *Le pronostic maternel* est bon, car sur *2.641* accouchements, on compte *2* décès:

a) chez une cardiaque grave décompensée, entrée en clinique obstétricale au tout dernier stade de décompensation, malgré recommandation médicale;

b) chez une parturiente ayant subi une césarienne vaginale pour placenta proevia. Cette intervention fut suivie d'une hémorragie grave qui emporta la malade par suite d'une faute hospitalière.

4) *Le pronostic foetal* est beaucoup plus grave.

Sur *2.641* accouchements, on compte:

76 fœtus mort-nés et macérés (soit 3 % du nombre total d'accouchements). Ce pronostic fœtal d'ailleurs est beaucoup plus grave chez les musulmanes que dans les autres catégories de la population. En effet, le nombre de fœtus mort-nés chez les musulmanes représente *5* % des accouchements pratiqués chez celles-ci, alors que chez les européennes, ce pourcentage est de *0,7* % et chez les israélites de *0,3* %.

Nous étudierons successivement:

1) *les accouchements eutociques;*

2) *les différentes dystocies.*

1) **Les accouchements eutociques**

Sur 2.641 accouchements, il y a eu:

1.858 accouchements eutociques qui se sont terminés les uns naturellement: *1.684* (soit 89 % des eutocies), les autres par applications de forceps plus ou moins hautes: *174* (soit 11 % des eutocies).

Mais pour mieux comprendre ces chiffres, il nous paraît nécessaire de faire une discrimination, *selon l'évolution du travail.*

Dans la majorité des cas, l'évolution du travail est simplement surveillée sans qu'il soit pratiqué de direction de l'accouchement, selon l'une ou l'autre des méthodes habituellement préconisées.

Dans un nombre de cas plus restreints, mais assez importants cependant, l'*accélération dirigée du travail* a été tentée.

— soit parce que le nombre restreint des salles de travail nous obligeait en période d'encombrement de faire la place à d'autres « entrantes » en travail;

— soit parce que l'état de faiblesse, d'asthénie, si fréquente chez les bédouines soumises à une misère physiologique chronique, nous incitait à raccourcir dans la mesure de nos moyens leur période de douleurs.

Dans ces cas, nous appliquons la méthode suivante:

— rupture de la poche des eaux:

à 2f chez les multipares,
à 5f chez les primipares,

— et nous injectons simultanément:

1 ampoule de spasmalgine
et 5 unités de lobe postérieur d'hypophyse.

L'absence de tout appareil d'analgésie nous a interdit dans tous les cas d'appliquer les différentes méthodes d'accouchement sans douleurs par inhalations de protaxyde d'azote, de trichloréthylène ou de tout autre produit.

Voici, résumés, les résultats comparés obtenus dans les accouchements « accélérés » et ceux qui ont évolué naturellement.

Parmi les 1.858 accouchements eutociques:

1.038 ont *évolué normalement* jusqu'à expulsion du fœtus, sans qu'il soit fait usage d'aucune injection activante (soit 55 % des eutocies),

et *820* ont eu *une évolution accélérée* par injection d'hypophyse et spasmalgine (soit 45 % des eutocies).

1) *Les accouchements à évolution naturelle:*

Sur *1.038* accouchements cités, on compte:

301 primipares (soit 22 % des accouchements normaux),

737 multipares (soit 71 % des accouchements normaux).

La durée moyenne de l'accouchement à partir de la dilatation de 5 f chez les primipares, de 2 f à 5 f chez les multipares, a été de:

— 3 h. 30 en moyenne chez les primipares,
— et 2 h. 20 en moyenne chez les multipares.

Ces accouchements *se sont terminés:*

— *981* naturellement (soit 94 % des accouchements normaux),
— et *57* par forceps généralement (soit 6 % des accouchements normaux),

pour:

— lenteur de la période d'expulsion,
— défaut de rotation du sommet à la vulve,
— ou souffrance fœtale.

2) *Les accouchements accélérés:*

Sur 820 accouchements « accélérés », on compte:

— 250 primipares (soit 30 % des accouchements accélérés));
— 570 multipares (soit 70 % des accouchements accélérés).

La durée moyenne de l'accouchement à partir de la dilatation de 5 f chez la primipare, 2 f à 5 f chez la multipare, a été de:

— 2 h. 10 en moyenne pour les primipares,
— 0 h. 50 en moyenne pour les multipares.

Donc une *primipare*, de la dilatation de 5 f à l'expulsion, met 1 h. 20 minutes de plus sans injection activante qu'avec cette même injection.

Une *multipare* met en moyenne 1 h. 30 minutes de plus pour aller de 2 f à l'expulsion quand on ne pratique pas d'injection d'hypophyse-spasmalgine.

Ces accouchements se sont terminés de la façon suivante:

— *703* se sont terminés normalement, c'est-à-dire par une expulsion par les voies naturelles, sans qu'il soit fait usage des forceps ou d'un acte chirurgical (soit 85 % des accouchements « accélérés »),

— et *117* se sont terminés (soit 15 % des accouchements accélérés):

— soit par un simple forceps à dilatation complète,

— soit par une incision du col utérin, accompagnée d'une application de forceps.

On voit qu'en gros, dans ces accouchements « accélérés », le nombre de ceux qui se terminèrent absolument normalement est environ *sept fois* plus grand que ceux qui se terminèrent par une application de forceps.

Sur ces *117* accouchements terminés par application de forceps, on compte:

— *72* applications de forceps à dilatation complète (soit 9 % des accouchements accélérés);

— et *45* incisions du col, accompagnées d'une application de forceps (soit 5 % des accouchements accélérés).

Cette incision a été pratiquée:

— soit parce que la dilatation a été trop lente à se compléter et empêchait de ce fait une évolution normale du travail, d'où souffrance fœtale et maternelle;

— soit parce que, pour diverses raisons, il s'est formé un œdème des lèvres antérieures ou postérieures du col, ne rétrocédant pas après injection de spasmalgine.

Sur 72 forceps à dilatation complète, on en trouve:

— *51* chez les *primipares* (soit 6,5 % des accouchements accélérés);

— *21* chez les *multipares* (soit 3,5 % des accouchements accélérés).

D'où le nombre de forceps pratiqués à dilatation complète chez les multipares représente moins de la moitié du nombre de forceps pratiqués chez les primipares.

Sur les 45 forceps consécutifs à une incision du col, on en trouve:

— *32* chez les primipares (soit 4 % des accouchements accélérés);

— *13* chez les multipares (soit 1,6 % des accouchements accélérés).

Ici aussi le nombre des multipares représente moins de la moitié du nombre des primipares ayant accouché après incision du col et forceps.

Pronostic des accouchements eutociques

Sur ces *1858 accouchements eutociques*, on compte

— *1.837* enfants vivants (soit 98,8 % du nombre total d'enfants nés eutociquement);

— *21* enfants morts (soit 1,2 % du nombre total d'enfants nés eutociquement).

Pour les *1.038 accouchements à évolution naturelle*, on compte:

— 1.029 enfants vivants (soit 99,2 % du nombre total d'enfants nés « naturellement »);

— et 9 enfants morts (soit 0,8 % du nombre total d'enfants nés « naturellement »).

Pour les *820* accouchements « accélérés », on compte:

— 808 enfants vivants (soit 98,7 % du nombre total d'enfants nés au cours d'un accouchement accéléré);

— et 12 enfants morts (soit 1,3 % du nombre total d'enfants nés au cours d'un accouchement accéléré).

Ces chiffres nous indiquent que le pronostic fœtal est un peu plus grave quand l'accouchement est accéléré mais la différence est si minime qu'elle ne nous paraît pas contre-indiquer cette méthode si l'on choisit bien les cas et surtout si elle est appliquée plus chez la multipare que chez la primipare.

Conclusion. — De ces chiffres, il résulte que l'accélération de l'accouchement par la méthode simple employée dans les services raccourcit nettement la durée de l'accouchement et cela, plus chez la primipare que chez la multipare. Elle comporte évidemment plus de terminaisons par forceps avec ou sans incision du col. Mais l'étude du pronostic de ces accouchements va nous montrer que dans l'ensemble ces interventions sont sans grande importance.

Les Dystocies

Nous étudierons successivement les accouchements dystociques y compris les accouchements par le siège et la face, bien que ceux-ci soient considérés comme eutociques. Mais ils se sont terminés souvent par des interventions et comportent un pronostic fœtal plus grave, ce qui, à notre avis, justifie cette classification.

I. — DYSTOCIES PAR ANOMALIES DE LA PRESENTATION

Nous comprendrons dans ces dystocies successivement les présentations:

— *du siège,*
— *de l'épaule,*
— *de la face,*
— *du front,*
— et enfin nous ferons un paragraphe spécial pour les *gémellaires.*

A) Présentation du siège

Durant les trois années considérées, le nombre global de présentations du siège (siège complet ou siège décomplété, ou bien accouchement se terminant après version par le siège), ce nombre global s'élève à *78* (soit 3 % du nombre d'accouchements global durant ces trois années).

Nous les étudierons successivement selon:

1) leur type anatomique;

2) la parité des parturientes;

3) l'évolution de l'accouchement;

4) le pronostic fœtal;

5) enfin, nous examinerons dans un dernier chapitre les relations qui peuvent exister entre une présentation du siège et le facteur ethnique local.

1) LE TYPE ANATOMIQUE DES SIEGES:

Sur les 78 sièges étudiés, on compte:

— *40* sièges complets (soit 52 % des sièges);

— et *38* sièges décomplétés (soit 49 % des sièges).

Nous avons donc dans notre Maternité à peu près autant de sièges complets que décomplétés.

2) PARITE:

Ces 78 présentations du siège ont été observées:

— *46 fois* chez les multipares;

— et *32 fois* chez les primipares.

Et la répartition des types anatomiques selon la parité indique qu'il y a eu presqu'autant de sièges complets ou décomplétés chez les multipares que chez les primipares. En effet, on compte:

pour les sièges complets:

— 17 primipares (soit 22 % des sièges);

— et 23 multipares (soit 29 % des sièges).

Et *pour les sièges décomplétés:*

— 15 primipares (soit 20 % des sièges);

— et 23 multipares (soit 29 % des sièges).

3) EVOLUTION DE L'ACCOUCHEMENT:

Sur les 78 cas observés:

— 61 se sont terminés naturellement (soit 78 % des sièges);
— et 17 ont nécessité des interventions diverses, grandes extractions ou césariennes (soit 22 % des sièges).

a) Parmi les accouchements terminés naturellement, au nombre de 61, on compte:

35 sièges complets (soit 44 % des sièges);
et *26* sièges décomplétés (soit 34 % des sièges).

b) Parmi les accouchements terminés d'une façon dystocique, au nombre de 17, on compte:

12 grandes extractions du siège (soit 15 % des sièges);
et *5* césariennes segmentaires (soit 7 % des sièges).

Le nombre des grandes extractions est le double de celui des césariennes.

a) les 12 grandes extractions du siège ont été pratiquées:

8 pour siège complet (soit 10 % des sièges);
et *4* pour siège décomplété (soit 5 % des sièges).

Il semble donc que le siège complet ait été plus dystocique que le siège décomplété, qu'on soit obligé de faire une grande extraction *deux fois plus souvent* pour ceux-là que pour ceux-ci.

En réalité, cette impression est corrigée par le fait que:

b) les *cinq césariennes* furent toutes pratiquées pour *sièges décomplétés.*

c) Mode d'accouchement selon la parité:

1) pour les *multipares*, on compte:

46 présentations du siège (soit 58 % des sièges) se subdivisant comme suit:

23 sièges complets (soit 29 % des sièges);
23 sièges décomplétés (soit 29 % des sièges).

Parmi ces *46* accouchements:

37 évoluèrent spontanément (soit 47 % des sièges);
7 furent terminés par une grande extraction (soit 9 % des sièges);
et *2* par césarienne segmentaire (soit 2 % des sièges).

Donc, la plupart des multipares ont accouché normalement.

2) pour les *primipares*, on compte:

32 présentations du siège (soit 42 % des sièges) se subdivisant comme suit:

17 sièges complets (soit 22 % des sièges);
et 15 sièges décomplétés (soit 20 % des sièges).

Parmi ces *32* accouchements:

24 évoluèrent spontanément (soit 30 % des sièges);
5 furent terminés par une grande extraction (soit 7 % des sièges);
et *3* par césarienne (soit 5 % des sièges).

Le nombre d'extractions du siège chez les primipares est inférieur à celui trouvé chez les multipares. Peut-être est-ce dû au fait qu'on hésite moins chez une primipare à pratiquer une césarienne ? L'accouchement par grande extraction du siège est en effet dangereux chez elle pour le fœtus, car les parties molles sont un facteur de dystocie important.

4) LE PRONOSTIC FŒTAL:

Nous allons examiner dans ce chapitre le pronostic fœtal de ces divers types de présentations du siège.

a) le pronostic global nous donne les résultats suivants:

— sur 78 accouchements par le siège, on compte:

61 enfants vivants (soit 78 % des sièges);
17 enfants morts (soit 22 % des sièges).

On voit que le pronostic est plus grave que dans les présentations du sommet puisqu'un enfant sur cinq né par le siège meurt. Ce qui justifie notre classification de cette présentation parmi les présentations dystociques.

b) *le pronostic fœtal selon la parité* des parturientes change peu. En effet:

— pour les *primipares*, on compte:

24 enfants vivants;
8 enfants morts,

soit 1/3 des enfants morts chez les primipares.

— pour les *multipares*, on compte:

37 enfants vivants;
9 enfants morts,

soit 1/4 des enfants morts chez les multipares.

Il meurt donc relativement plus d'enfants chez les primipares que chez les multipares.

c) Le même pronostic fœtal considéré suivant le *type anatomique du siège* nous apprend que:

— pour les *sièges complets*, on compte:

29 enfants vivants;
11 enfants morts,

soit 1/3 environ des enfants morts dans les sièges complets.

— pour les *sièges décomplétés*, on compte:

32 enfants vivants;
et 6 enfants morts,
soit 1/5 environ d'enfants morts dans les sièges décomplétés.

Nous voyons donc que la morti-natalité est nettement supérieure dans les sièges complets que dans les sièges décomplétés.

d) *Le pronostic fœtal étudié d'après le mode d'accouchements* donne les résultats suivants:

— pour les *accouchements spontanés:*

54 enfants vivants;
et 4 enfants morts,
soit 1/8 environ d'enfants morts dans les accouchements spontanés.

— pour les *grandes extractions du siège:*

5 enfants vivants;
et 7 enfants morts,
soit à peu près autant d'enfants morts que vivants dans les extractions.

— pour les *césariennes:*

5 enfants vivants;
et pas d'enfant mort.

Donc excellent pronostic pour les césariennes, alors que la grande extraction du siège alourdit le pronostic fœtal, puisque le nombre d'enfants morts est supérieur au nombre d'enfants vivants.

Nous n'avons pas encore envisagé dans cette étude le fait que certains nouveaux-nés sont prématurés. En effet, sur 78 accouchements par le siège, on compte:

19 prématurés (soit 25 % à peu près des sièges) le nombre de *19* prématurés représente entre autre *22* % du nombre total des prématurés nés durant les trois années considérées. D'où la grosse proportion de prématurés nés par le siège.

et *59* accouchements à terme (soit 75 % des sièges).

5) FREQUENCE DES PRESENTATIONS DU SIEGE SELON LES CATEGORIES DE LA POPULATION:

— Sur 78 sièges, on en compte:

14 chez les musulmanes (soit 18 % des sièges);
26 chez les israélites (soit 35 % des sièges);
et *38* chez les européennes (soit 7 % des sièges).

Il semble à priori que le plus grand nombre des sièges soit trouvé chez les européennes, puis chez les israélites, puis chez les musulmanes. Mais, si l'on calcule le rapport du nombre de sièges au nombre de parturientes de chaque catégorie ethnique, ayant accouché durant les trois années considérées, on s'aperçoit que:

4,6 % des musulmanes ont eu une présentation du siège;
contre *4,1* % chez les israélites,
et *2,7* % chez les européennes.

D'où, la majorité des présentations du siège se trouve chez les musulmanes et la minorité chez les européennes.

Conclusion. — De cette rapide étude statistique, il ressort:

1) que la présentation du siège est plus fréquente chez les musulmanes;

2) qu'elle s'observe fréquemment chez les *multipares* et dans les accouchements *avant-terme;*

3) que le pronostic fœtal a été généralement plus grave chez les *primipares:*

dans les *sièges décomplétés,* dans les accouchements terminés par grande extraction.

La multiparité, le mode complet de présentation, l'accouchement naturel par césarienne, ont au contraire donné de meilleurs résultats.

D'où notre souci à la consultation prénatale d'essayer de *modifier la présentation du siège* par version, par manœuvres externes, chaque fois que ceci a été possible et d'autant plus qu'il s'agissait de *primipares* ou de *sièges décomplétés.*

B) **Présentation de l'épaule**

Le nombre global de présentations de l'épaule durant les trois années considérées s'élève à *13* (soit 0,5 % du nombre global des accouchements durant ces trois années).

La présentation de l'épaule est donc une dystocie relativement peu fréquente; aussi, nous permettrons-nous de résumer les diverses observations.

En 1947, on enregistra *2* présentations de l'épaule:

1) Il s'agit d'une cinquième pare ayant eu des accouchements normaux précédemment. Elle se présente à 17 heures à la Maternité « sentant, dit-elle, les premières douleurs ». La grossesse est au huitième mois, la dilatation complète et la poche des eaux intacte. On sent une présentation du siège et on note un hydramnios assez important. On rompt la poche des eaux à 18 heures et on a une présentation de l'épaule. On pratique immédiatement une version pour retirer un enfant vivant de 1 kg 500.

2) Il s'agit d'une sixième pare, huitième geste qui se présente à 11 heures avec une dilatation à grande paume, procidence du cordon et du coude. C'est une acromio-iliaque-droite-dorso-antérieure. Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perceptibles. On pratique à 11 h. 30 une version prodalique par manœuvres internes pour extraire un enfant mort de 3 kg 800.

En 1948, on enregistra 7 présentations de l'épaule:

1) Il s'agit d'une cinquième pare, huitième geste, ayant une grossesse de sept mois avec un hydramnios important. Malgré cet hydramnios, on perçoit à la palpation trois pôles fœtaux avec deux foyers d'auscultation des bruits du cœur fœtal, d'où le diagnostic de gémellaire.

Le premier fœtus se présente par le siège complet et pèse 1 kg 470. Le deuxième se présente par l'épaule droite. On pratique une version qui permet de ramener un fœtus vivant de 1 kg 340. Les deux placentas sont distincts l'un de l'autre.

2) Il s'agit d'une primipare, gémellaire. L'un des fœtus se présente en occipito-pubienne et pèse 1 kg 980. Le deuxième se présente par l'épaule. On pratique une version qui ramène un enfant vivant de 2 kg 200. Le placenta est unique.

3) Il s'agit d'une cinquième pare, sixième geste, qui a un fœtus se présentant par l'épaule. La poche des eaux est rompue et la dilatation est à grande paume. Les bruits du cœur fœtal ne sont pas nettement perceptibles. Une version podalique ramène un enfant mort-né pesant 3 kg 500.

4) Il s'agit d'une quatrième pare, ayant un bassin généralement rétréci. Le fœtus est en présentation de l'épaule, mais la dilatation est nulle. Le col est per-

méable à un doigt depuis déjà 24 heures. On pratique une césarienne segmentaire qui ramène un enfant vivant de 2 kg 800.

5) Il s'agit d'une primipare, gémellaire, en travail depuis 36 heures. La dilatation est à 5 f et la poche des eaux est rompue depuis peu. Le segment intérieur bien formé coiffe la présentation engagée.

On pratique une césarienne vaginale pour appliquer un forceps en occipito-sacrée. On ramène ainsi un premier enfant de 2 kg 050. Le deuxième fœtus se présente alors par l'épaule. On pratique rapidement une version et ramène un deuxième enfant vivant de 2 kg. Les deux placentas sont distincts.

6) Il s'agit d'une primipare, ayant un placenta-prœvia central avec présentation de l'épaule. Une césarienne segmentaire pratiquée permet d'extraire un enfant vivant.

7) Il s'agit d'une troisième pare, quatrième geste. se présentant avec une épaule négligée. main à la vulve. L'enfant est manifestement mort et macéré. On tente prudemment une version qui permet assez facilement d'extraire les membres inférieurs et le tronc. La tête dernière étant enserrée par une contraction de l'anneau de Bandl, on termine par une cranioclasie.

En 1949, on enregistre jusqu'en septembre, 4 présentations de l'épaule:

1) Il s'agit d'une deuxième pare au huitième mois. La présentation est une épaule négligée, main à la vulve. On pratique une version qui permet d'extraire un enfant mort et macéré, avec génésie des globes oculaires.

2) Il s'agit d'une deuxième pare au septième mois, ayant eu, dit-elle, un important hydramnios; la poche

des eaux est rompue depuis plusieurs jours. Elle a actuellement une présentation de l'épaule négligée. On pratique une version qui ramène un fœtus mort et macéré de 1 kg 100.

3) Il s'agit d'une primipare, bassin généralement rétréci ayant une présentation de l'épaule. La dilatation est nulle. Les bruits de cœur fœtal sont bons. On pratique une césarienne segmentaire qui ramène un enfant vivant.

4) Il s'agit d'une quatrième pare. La présentation est une épaule négligée, main à la vulve. La femme n'a pas de température bien qu'elle ait la poche des eaux rompue, ce qui laisse à penser qu'elle est rompue depuis peu. Les bruits du cœur fœtal sont bons. La dilatation est à 5 f. On pratique une césarienne segmentaire qui ramène un enfant vivant de 2 kg 840.

Conclusion. — De l'ensemble de ces observations, on peut tirer les conclusions suivantes:

1) dans *9* cas sur *13*, il s'agissait de *multipares* dont *1 gémellaire;*

Sur les *4 primipares*, on note *2 gémellaires.*

2) Sur ces 13 cas, *4* étaient des *accouchements avant-terme.*

3) Dans 2 cas, il s'agissait de présentation de l'épaule avec *bassin généralement rétréci.*

Dans un autre cas, il y avait un *placenta prævia central.*

Dans *5* cas, il s'agissait d'une présentation de l'*épaule négligée.*

4) Enfin, dans *5* cas, il s'agissait de fœtus morts et macérés.

5) Si nous excluons les fœtus morts et macérés et les gémellaires, il reste:

5 cas de présentation de l'épaule qui se sont terminés:

1 par version podalique,
4 par césarienne segmentaire.
Le pronostic maternel a toujours été bon.
Le pronostic fœtal a été moins bon.
— mortalité générale: *5*.
— mortalité en éliminant les gémellaires et les macérés: 0.
— mortalité selon le mode d'accouchement:
version podalique: 5.
césarienne: 0.

Donc, il ressort de ces chiffres que *5* enfants sur *13* sont morts, mais ces 5 enfants étaient morts avant qu'on ne pratique la moindre manœuvre pour les extraire; dans ces *5* cas, il s'agissait d'épaule négligée avant enfant mort et quelquefois macéré.

C) **Présentation de la face**

Le nombre global des présentations de la face enregistrées durant les trois années considérées est de *3* (soit 0,1 % du nombre global d'accouchements). Ce nombre est relativement faible, puisque le pourcentage généralement observé est de l'ordre de 0,4 %.

Voici le résultat de ces trois observations:

1) Il s'agit d'une primipare dont la présentation fœtale est une mento-iliaque droite postérieure. A 13 heures, la dilatation est à petite paume et la poche des eaux est rompue. On fait une injection d'hypophyse spasmalgine devant la lenteur du travail. A 17 heures,

dilatation complète. A 18 heures, on pratique une application de forceps qui ramène un enfant vivant de 2 kg 950. Il est à noter que la parturiente avait un bassin étroit.

2) Il s'agit d'une deuxième pare, ayant une grossesse au huitième mois; la présentation est une monto-iliaque droite postérieure. L'accouchement est terminé par une application de forceps qui ramène un enfant mort de 2 kg 600, amencéphale.

3) Il s'agit d'une primipare, dont la présentation fœtale est une mento-iliaque droite postérieure. A 14 heures, dilatation complète, mais léger œdème du col. A 15 heures, incision du col, dont l'œdème n'a pas régressé, malgré une injection de spasmalgine.

Application de forceps qui retire un enfant vivant de 2 kg 375.

Conclusion. — Dans ces trois observations, nous nous apercevons que la position est une mento-iliaque droite postérieure. C'est en effet la plus fréquente des présentations de la face. Elle correspond à la déflexion de la présentation en O.I.G.A.

Le pronostic de la face a été bon puisque tous les enfants sont nés vivants, mais il a été nécessaire de faire une application de forceps.

D) Présentation du front

Durant les trois années considérées, donc sur *2.641* accouchements, nous n'avons observé qu'une seule présentation du front.

Il s'agit d'une primipare dont la présentation initiale était une occipito-iliaque droite postérieure.

— à 9 heures: dilatation à 2 fr.

— à 19 heures: petite paume et l'on constate à ce moment une déflexion de la tête d'où il s'ensuit une présentation du front.
— à 20 heures: il se produit un arrêt de la dilatation avec œdème de la lèvre antérieure du col. On pratique une incision du col avec application de forceps. On constate à l'expulsion de la tête une double circulaire du cordon ombilical. L'enfant, ramené vivant, pèse 2 kg 700.

E) Gémellaires

Le nombre global de gémellaires ayant accouché durant les trois années considérées s'élève à 33 (soit 1,2 % du nombre d'accouchements total).

Parmi ces 33 accouchements, nous distinguons:

1) *du point de vue ethnique:*
   — *chez les musulmanes: 10 gémellaires* (soit 30 % du nombre total de gémellaires);
   — *chez les européennes: 14 gémellaires* (soit 45 % du nombre total des gémellaires);
   — *chez les israélites: 9 gémellaires* (soit 25 % du nombre total des gémellaires).

2) *du point de vue parité:*
   — *13* primipares (soit 45 % des gémellaires);
   — *20* multipares (soit 55 % des gémellaires).

3) Parmi ces 33 gémellaires:
   — *24 ont accouché à terme* (soit 75 % des gémellaires);
   — *9 ont accouché prématurément* (soit 25 % des gémellaires).

4) *Parmi les nouveaux-nés:*

— *18* furent découverts de *sexes différents* (soit 28 % des nouveaux-nés);

— *48* de sexe identique (soit 72 % des nouveaux-nés).

5) *Mortinatalité:*

Il y eut *49* enfants vivants (soit 78 % des nouveaux-nés);

et *17* enfants morts (soit 12 % des nouveaux-nés).

6) *Présentations fœtales:*

Au cours de ces divers accouchements, les uns se présentèrent par le siège et les autres par le sommet, d'autres par une épaule. Il y eût:

— 17 sièges (soit 26 % des nouveaux-nés).
— 44 sommets (soit 66 % des nouveaux-nés).
— 5 épaules (soit 8 % des nouveaux-nés).

7) On signale *1* seul hydramnios pour ces 33 gémellaires (soit 3,8 % des accouchements gémellaires).

8) *Deux* de ces accouchements gémellaires nécessitèrent une *césarienne segmentaire* (soit 7,6 % des gémellaires).

a) Il s'agit d'une primipare, au *bassin généralement rétréci*, au septième mois, gémellaire, dont le premier fœtus se présente par le siège. La femme est en travail depuis 24 heures, la dilatation nulle, les bruits du cœur fœtal bons. On pratique une césarienne segmentaire qui permet de ramener deux enfants vivants de 1 kg 300 et 0 kg 930, qui meurent peu de temps après.

b) Il s'agit d'une primipare, en travail depuis 36 heures, segment inférieur bien formé coiffant la présentation engagée, la dilatation est à 5 f; la poche des eaux est rompue; la femme n'a pas de température. Les bruits des cœurs fœtaux sont bons. On pratique alors une césarienne vaginale. Le premier enfant est retiré par forceps, vivant et pèse 2 kg 050. Le deuxième se présentant par l'épaule, on pratique une version qui ramène un enfant vivant de 2 kg. Les deux placentas sont séparés.

9) Il est aussi à noter que, sur *33* accouchements gémellaires:

— *24* furent bivitellins (soit 72 % des gémellaires);

— *9* furent univitellins (soit 28 % des gémellaires).

II. — DYSTOCIES OSSEUSES

Nous étudierons ici l'ensemble des *bassins viciés* qui se sont présentés dans le service. Nous verrons la *fréquence* de ces bassins viciés dans les diverses *catégories de la population*, étude qui nous permettra de tirer certaines conclusions intéressantes. Nous étudierons ensuite l'*évolution des accouchements* chez les parturientes présentant un bassin vicié pour considérer dans un autre chapitre le *pronostic fœtal.*

1) Durant les trois années considérées au début de notre statistique, le nombre global des bassins viciés trouvés chez les parturientes ayant accouché dans notre Maternité s'élève à *87*. Disons tout de suite que la plupart, sinon tous, ces bassins viciés sont des bassins rachitiques, ou des bassins plats ou des bassins généralement rétrécis. Ce nombre de 87 accouchements représente *3,3* % du nombre d'accouchements global.

2) *Considérons la répartition de ces bassins viciés selon les catégories de la population.*

Parmi ces 87 bassins:

— *28* furent découverts chez les musulmanes;

— *24* furent découverts chez les israélites;

— *36* furent découverts chez les européennes.

D'après ces chiffres, à priori, il semble qu'il y ait plus de bassins viciés chez les européennes que dans chacune des deux autres catégories ethniques. Cependant, si nous examinons séparément ces trois catégories de la population vivant en Tunisie, nous trouvons que:

— Les 28 bassins furent découverts au cours de l'examen obstétrical de *303 musulmanes*. D'où le rapport du nombre de bassins viciés chez les musulmanes est de *9,2* %.

— Pour les israélites, les *24* bassins furent découverts au cours de l'examen obstétrical de *624 israélites*. D'où le rapport du nombre de bassins viciés chez les israélites est de *3,8* %.

Quant aux européennes, les *36* bassins viciés furent découverts au cours de l'examen obstétrical de *1.431 européennes*. D'où le rapport du nombre de bassins viciés chez les européennes est de *2,5* %.

Reprenons ces divers rapports:

— Musulmans .... 9,2 %.
— Israélites ..... 3,8 %.
— Européennes ... 2,5 %.

Il ressort de ces chiffres que le nombre de bassins viciés est nettement supérieur chez les musulmanes que dans les autres catégories de la population.

En effet, il est le *triple* chez celles-ci du nombre de bassins viciés chez les israélites et *quatre fois* plus grand que le nombre de bassins viciés chez les européennes.

Nous avons déjà signalé que tous ces bassins se divisent dans notre statistique en bassins plats et bassins généralement rétrécis.

Donc, ces bassins viciés dûs au rachitisme, dans la grande majorité des cas, sont trouvés chez les musulmanes en plus grand nombre que chez les européennes.

Cependant, d'après une étude faite par le docteur SIMON, à l'hôpital Sadiki, hôpital essentiellement réservé aux musulmans, d'après cette étude d'ordre purement orthopédique, il semble que le rachitisme sévisse particulièrement peu en Tunisie.

En effet, voici en substance, ce que cet auteur rapporte (Tunisie Médico-Sociale) :

« Parmi les causes essentielles des infirmités en Tunisie, et contrairement à une opinion très répandue, je ne compte pas le rachitisme. Car, en ce qui concerne les déformations de quelque importance, qui, seules, méritent le nom d'infirmités, elles sont plutôt rares en Tunisie par rapport à ce que j'étais habitué de voir dans les pays d'Europe. Est-ce dû au hasard, à un facteur ethnique, ou aux particularités des conditions de vie que nous les observons généralement sous forme de jambes arquées, plus rarement de genu valgum, presque jamais sous forme de cypho-scolioses chez les musulmans; que nous voyons chez les israélites des cypho-scolioses graves et peu d'autres déformations et chez les Italiens surtout des genu valgum de gravité moyenne ? »

« Il n'est pas dans mes intentions d'examiner ici en détail cette intéressante question. Je voulais seulement insister, d'après mes impressions recueillies en seize ans, sur le *faible pourcentage de la déformation rachitique développée.* »

3) *Répartition anatomique de ces bassins:*

Sur les 87 bassins viciés considérés, on trouve:

— *35* bassins plats (soit 40 % des bassins viciés);
— *52* bassins généralement rétrécis (soit 60 % des bassins viciés).

a) *Chez les musulmanes*, pour 28 bassins viciés, on trouve:

— *6* bassins plats,
— *22* bassins généralement rétrécis.

b) *Chez les israélites*, pour 24 bassins viciés, on trouve:

— *8* bassins plats,
— *16* bassins généralement rétrécis.

c) *Chez les européennes*, pour 36 bassins viciés, on trouve:

— *21* bassins plats,
— *15* bassins généralement rétrécis.

Donc, le nombre des bassins généralemenu rétrécis est relativement plus élevé que le nombre de bassins plats chez les musulmanes et israélites alors que c'est l'inverse chez les européennes.

4) *Evolution des accouchements chez les parturientes présentant un bassin vicié.*

Sur les 87 accouchements considérés:

— certains évoluèrent normalement;
— d'autres se terminèrent soit par forceps, soit par césarienne, soit par version, soit par embryotomie.

a) *ceux qui évoluèrent normalement* s'élèvent à 9 (soit 10,2 % des bassins viciés).

Parmi ces 9 accouchements:

— *3* évoluèrent favorablement sans qu'il fut nécessaire de pratiquer une épreuve du travail (soit 3,4 % des bassins viciés). Dans ces cas, le bassin, quoique vicié, était cependant assez spacieux pour un fœtus ayant un volume réduit; la parturiente s'était présentée à dilatation complète, tête engagée largement.

— *6* évoluèrent aussi favorablement mais il fut nécessaire de pratiquer une *épreuve de travail*, qui s'avèra utile et concluante (soit 6,8 % du nombre des bassins viciés).

b) *ceux qui évoluèrent d'une façon anormale* s'élèvent au nombre de 78 (soit 89,5 % des bassins viciés).

Ces 78 accouchements se divisent comme suit:

— *43* se terminèrent par une application de *forceps* (soit 49 % des bassins viciés).

— *32* se terminèrent par une *césarienne segmentaire* (soit 37 % du nombre des bassins viciés);

— *2* se terminèrent par une *version podalique* par manœuvres internes (soit 2,7 % du nombre des bassins viciés).

Dans ces deux cas, il s'agissait de présentation transverse chez une parturiente ayant un bassin plat, la dilatation étant complète. Par version on transforma cette position transverse en siège et, par grande extraction de ce siège, le passage de la tête défléchie fut rendu possible.

— *1* se termina par une *basiotripsie* (soit 1,1 % des bassins viciés).

On déduit de ces divers chiffres que la plupart des parturientes ayant un bassin vicié (90 %) terminèrent leur accouchement grâce à une application de *forceps* ou une *césarienne segmentaire.*

5) *Pronostic fœtal de ces divers accouchements:*

Pour l'ensemble des bassins viciés, on compte:

— *74* enfants vivants (soit 86 % des bassins viciés);

— *13* enfants morts (soit 14 % des bassins viciés).

Il faut ici noter les conditions dans lesquelles *ces diverses parturientes se présentent* pour accoucher.

Il existe dans notre Maternité une consultation prénatale qui a lieu trois fois par semaine. Les diverses dystocies y sont donc dépistées. Cependant, beaucoup de femmes enceintes présentant un bassin vicié ne viennent à la Maternité pour la première fois qu'à terme et parfois en travail depuis 24 ou 26 heures. On déduit de cette simple considération que les chiffres exposés dans cette statistique ne sont pas comparables avec ceux fournis par une Maternité en France.

a) Pronostic fœtal selon les *diverses catégories de bassins:*

— pour les *bassins plats:*

26 enfants vivants,
et 9 enfants morts,
soit 1/3 des enfants morts dans les bassins plats.

— pour les *bassins généralement rétrécis:*

48 enfants vivants,
et 4 enfants morts,
soit 1/6 des enfants morts dans les bassins généralement rétrécis.

On compte de même:

5 prématurés tous vivants.—

Nous voyons ainsi que la proportion d'enfants morts est relativement plus élevée pour les bassins plats que pour les bassins généralement rétrécis. Cela tient-il au fait qu'on hésite moins devant un bassin généralement rétréci que devant un bassin plat pour pratiquer une intervention césarienne qui permettra un accouchement rapide et sûr ?

Cela tient-il au fait qu'une parturiente ayant un bassin généralement rétréci porte quelquefois un fœtus plus petit qu'une parturiente de même taille ayant un bassin plat ?

b) *Pronostic fœtal selon la parité:*

— pour les *multipares:*

34 enfants vivants,
et 5 enfants morts,
soit 1/7 d'enfants morts chez les multipares.

— pour les *primipares:*

40 enfants vivants,
et 8 enfants morts,
soit 1/5 d'enfants morts chez les primipares.

La mortalité fœtale est donc plus grande chez les primipares que chez les multipares (presque le double).

c) *Pronostic fœtal suivant le mode d'accouchement:*

a) Accouchements terminés sans épreuve du travail:

2 enfants vivants,
1 enfant mort,
soit 1/2 d'enfants morts.

b) Accouchements terminés avec épreuve du travail:

6 enfants vivants,
0 enfant mort.

c) Accouchements terminés par version:

2 enfants morts,
0 enfant vivant.

Ici le pronostic fœtal est grave. La version podalique semble être une manœuvre dangereuse si l'on considère la bénignité du pronostic fœtal après césarienne.

d) Accouchements terminés par forceps:

36 enfants vivants,
et 7 enfants morts,

soit 1/5 d'enfants morts après forceps, donc pronostic assez grave.

e) Accouchements terminés par césarienne:

30 enfants vivants,
et 2 enfants morts,

soit 1/15 d'enfants morts après césarienne.

Nous voyons ici que le pronostic fœtal est meilleur que pour les forceps, puisqu'environ 5 % seulement des enfants extraits par césarienne sont morts.

f) 1 seul accouchement fut terminé par une *basiotripsie* (soit 1,4 % des bassins viciés).

d) *Pronostic fœtal suivant les diverses catégories de la population:*

— chez les musulmanes:

21 enfants vivants,
et 7 enfants morts,

soit 1/3 d'enfants morts chez les musulmanes.

— chez les israélites:

20 enfants vivants,
et 3 enfants morts,
soit 1/7 d'enfants morts chez les israélites.

— chez les européennes:

32 enfants vivants,
et 2 enfants morts,
soit 1/6 d'enfants morts chez les européennes.

Ici aussi, il ressort que le pronostic fœtal est beaucoup plus grave chez les musulmanes que chez les israélites et européennes. Le nombre d'enfants morts chez les premières est, en effet, le triple de celui trouvé chez les dernières.

Il semble que cette importante morti-natalité soit due: d'une part au plus grand nombre de bassins rétrécis chez ces femmes, d'autre part au fait que beaucoup d'entre elles n'ont été vues qu'après un travail négligé, mal surveillé en ville par une matrone.

III. — ANOMALIES DE LA DILATATION

Nous comprenons sous cette rubrique tous les cas où un élément pathologique intervient, provoquant un arrêt de la dilatation avec ou sans œdème du col, qu'il s'agisse d'une lésion anatomique du col ou des anomalies de la contraction, aboutissant à un défaut de dilatation, avec ou sans œdème du col.

Parmi les premières, nous n'avons noté qu'une *seule lésion anatomique du col.*

Il s'agit d'une femme de 35 ans environ, primipare, ayant accouché spontanément. Cependant, au cours de la dilatation, à petite paume, on découvrit un néo siégeant sur la lèvre antérieure du col. Cette néo-

placie ne gêna en rien le travail et l'expulsion. Sa découverte fut fortuite. Une hystérectomie totale fut pratiquée peu après l'accouchement.

Tous les autres cas observés furent des *dystocies du col par anomalie de la contraction*, contractions subintrantes, cédant généralement à l'injection de spasmalgine unique ou répétée.

Durant les trois années considérées, on compte *59 dystocies du col* (soit 2,2 % du nombre global d'accouchements).

1) Sur ces 59 dystocies du col, nous trouvons:

45 primipares (soit 76 % du nombre global des dystocies du col),

et 14 multipares (soit 24 % des dystocies du col).

On voit l'énorme différence qui existe entre le nombre des primipares et des multipares (*trois fois plus de primipares que de multipares)*. Ceci est sans doute dû à la longueur du travail plus importante chez ces premières que chez ces dernières.

C'est aussi dû au fait que les primipares viennent actuellement plus volontiers accoucher à la Maternité, chez les musulmanes, qu'elles ne le faisaient auparavant.

Il n'est pour cela qu'à voir le nombre de dystocies du col enregistrées durant chaque année dans notre Maternité:

— pour l'année 1947: 4 dystocies du col,
— pour l'année 1948: 28 dystocies du col,
— pour les trois premiers trimestres de 1949: 27 dystocies du col.

Ces chiffres sont assez éloquents par eux-mêmes.

2) *Les dystocies osseuses* influent, on le sait, sur l'évolution de l'accouchement et sur la physiologie de la dilatation.

Cette influence n'est cependant pas très importante dans notre statistique.

En effet, sur 59 dystocies du col, nous avons trouvé:

3 bassins plats (soit 5 % des dystocies du col),
et *7 bassins généralement rétrécis* (soit 11 % des dystocies du col).

3) *Le volume fœtal* et partant son poids, ne semble pas non plus avoir eu une grande influence sur cette dystocie.

En effet, dans nos observations, on trouve, pour 59 dystocies du col:

15 nouveaux-nés excédant 3 kg 800 (soit 26 % des dystocies du col),
et *44* nouveaux-nés pesant moins de 3 kg 800 (soit 74 % des dystocies du col).

4) *Diverses présentations fœtales trouvées parmi les 59 dystocies du col.*

Par ordre de fréquence, nous avons:

24 occipito-iliaques droites postérieures (soit 41 % des dystocies du col),
15 occipito-iliaques gauches antérieures (soit 25 % des dystocies du col),
14 transverses (soit 23 % des dystocies du col),
5 occipito-pubiennes au détroit supérieur (soit 9 % des dystocies du col),
1 face (soit 2 % des dystocies du col).

Il ressort de ces résultats que le plus grand nombre de dystocies du col a été trouvé pour les présentations en O.I.D.P. (presque le double de dystocies du col que pour les O.I.G.A. ou les transverses).

5) Examinons enfin ce nombre de dystocies du col, selon que l'accouchement *a été ou non dirigé.*

Sur 59 accouchements, on trouve:

6 accouchements dirigés (soit 9,5 % des dystocies du col),

et 53 accouchements non dirigés (soit 90,5 % des dystocies du col).

Conclusion. — Il semble donc que:

si la dystocie osseuse, l'anomalie de la présentation ou le volume du fœtus ont pu jouer un rôle dans certains cas, dans la majorité des cas, on ne peut incriminer aucune de ces causes.

Il nous a semblé généralement que les dystocies du col étaient observées le plus souvent chez des femmes ayant commencé leur travail avant d'entrer dans le service, sous la surveillance plus ou moins attentive d'une sage-femme ou d'une matrone.

Quand on sait que celles-ci font pousser les femmes bien avant la dilatation complète ou pratiquent intempestivement des injections d'hypophyse, on comprend que leurs pratiques aboutissent fréquemment à l'arrêt de la dilatation par contracture utérine. C'est alors qu'elles se décident à envoyer la parturiente à l'hôpital.

Les Interventions Obstétricales

I. — LE FORCEPS

Sur 2.641 accouchements, *291* ont été terminés par une application de forceps, soit environ *11* % *des accouchements.*

Ces applications ont toutes été faites avec le *forceps de Tarnier* et selon les indications les plus classiques:

1) Dilatation complète ou complétée par une incision du col, plus rarement par une césarienne vaginale;

2) Tête généralement engagée, ou tout au moins fixée au détroit supérieur.

Les indications qui nous ont incité à intervenir et les résultats obtenus ont beaucoup varié selon les cas, aussi classerons-nous les observations:

1) selon la parité;
2) selon la position de la tête fœtale;
3) la hauteur de la présentation dans l'excavation;
4) les causes multiples de l'application avant de donner les éléments détaillés du pronostic fœtal;
5) pronostic fœtal.

1) *Selon la parité:*

Durant les trois années considérées, on compte:

217 primipares (soit 74 % des forceps),
et 74 multipares (soit 26 % des forceps).

On voit la grosse majorité des primipares sur les multipares ayant subi une application de forceps.

En effet, en gros, on compte trois fois plus de primipares que de multipares. Cela se conçoit aisément si l'on se rapporte à notre premier chapitre sur les « Accouchements normaux » où nous avons déjà étudié les forceps pratiqués selon l'évolution accélérée ou non du travail chez les primipares et les multipares.

2) *Selon la position de la tête fœtale:*

Sur 291 forceps, on note comme présentations:

99 O.I.G.A. (soit 34 % des forceps),
111 O.I.D.P. (soit 38 % des forceps),
19 occipito-pubiennes (soit 7 % des forceps),
7 occipito-sacrées (soit 2 % des forceps),
41 transverses (soit 14 % des forceps),
11 gauches postérieures (soit 3 % des forceps),
2 faces (soit 1,5 % des forceps),
1 front (soit 0,5 % des forceps).

On voit, d'après ces résultats, que la position la plus fréquente ayant déterminé l'application du forceps est la position *O.I.D.P.*, ce qui confirme les notions classiques.

Vient ensuite la position *O.I.G.A.* et, par ordre de fréquence, les positions en *transverse* dont le nombre est moins de la moitié des présentations en O.I.G.A. et trois fois moindre que la position en O.I.D.P.

Viennent ensuite les présentations en occipito-pubienne, en occipito-sacrée, en gauche postérieure qui sont plus rares. Enfin, les présentations exceptionnelles

de la face et du front dont le pourcentage est vraiment minime.

3) *Selon la hauteur de la présentation dans l'excavation:*

On note:

48 forceps à la vulve (soit 16 % des forceps),
224 forceps dans la partie moyenne de l'excavation (soit 76 % des forceps),
et 19 forceps au détroit supérieur (soit 8 % des forceps).

On remarque la grande fréquence des forceps dans l'*excavation*, puisque leur nombre domine nettement: il est *cinq fois supérieur* au nombre de forceps à la *vulve* et *dix fois supérieur* au nombre de forceps au *détroit supérieur*.

Cela tient à ce que, dans les têtes à la vulve, nous avons plus souvent recours à l'injection de 5 unités de lobe postérieur d'hypophyse généralement très efficace.

De même, dans les têtes fixées au détroit supérieur, nous avons plus souvent recours à la césarienne, à moins que la disproportion fœto-pelvienne ne soit pas trop grande, qu'il s'agisse de multipare et que la tête soit bien orientée.

4) *Causes de l'application de forceps:*

Parmi les différentes causes d'application de forceps, nous avons noté:

1 — l'inertie utérine;

2 — la souffrance fœtale;

3 — l'arrêt de la dilatation avec ou sans œdème du col;

4 — les disproportions fœto-pelviennes modérées qu'il s'agisse:

a) de bassin rétréci,

b) de gros fœtus;

5 — Certaines causes plus rares nécessitant une terminaison rapide de l'accouchement:

placenta proevia,

cardiopathie,

tuberculose, etc...

1 — *L'inertie utérine*, si fréquente en fin de travail, a été le plus souvent la cause de l'application de forceps.

On relève dans notre statistique *155* cas d'inertie utérine (soit 53 % du nombre global de forceps).

Notons qu'elle a été généralement précédée d'injection de 5 unités de lobe postérieur d'hypophyse et que dans le service, on ne laisse pas pousser les femmes plus d'*une heure.*

Ce n'est qu'au bout de ce temps que le fœtus est extrait par forceps, à moins que les bruits du cœur se modifiant, on décide une extraction plus rapide.

2 — *La souffrance fœtale* est l'indication la plus fréquente après l'inertie utérine.

On a observé *81* fois des signes de souffrance fœtale (soit 27 % des forceps).

3 — Vient ensuite l'*arrêt de dilatation avec ou sans œdème du col.*

Si les conditions sont favorables à l'extraction par voie basse:

— tête bien engagée,
— bon segment inférieur,
— pas de grosse disproportion fœto-pelvienne,
— dilatation au moins à 5 fr.

On a pratiqué une longue incision du col antérieur et postérieur, ou bien uniquement antérieur dans certains cas, avec extraction par forceps.

Sur 291 forceps, on note *61* œdèmes du col (soit 20 % des forceps).

Notons que dans certains cas que nous étudierons plus loin, l'application de forceps a été pratiquée pour terminer une césarienne par voie vaginale.

4 — *Les bassins viciés* ont nécessité dans certains cas des applications de forceps, l'épreuve du travail ayant permis de conclure à la possibilité d'un accouchement par les voies naturelles.

On compte:

21 cas de bassins généralement rétrécis (soit 7 % des forceps),

14 cas de bassins plats (soit 4,5 % des forceps),

et *2* cas de bassins viciés autres que bassins plats et bassins généralement rétrécis (soit 0,9 % des forceps).

5 — Enfin, nous avons fait une application de forceps dans:

— *3* cas de *placenta prævia* (soit 1 % des forceps).

(Une de ces applications de forceps pour placenta prævia fut faite au cours d'une *césarienne vaginale* pour placenta prævia marginal avec dilatation à 5 fr chez une primipare ayant beaucoup saigné. Cette intervention rapide et non choquante permit de ramener facilement un enfant vivant).

— *4* cas de *cloisonnement vaginal* gênant la période d'expulsion. On débride d'abord le vagin puis on place les branches du forceps (soit 1,5 % des forceps).

— *2* cas de *procidence du cordon* (soit 0,9 % des forceps).

— *1* cas de *syndrome appendiculaire* subaigu (soit 0,3 % des forceps).

— *3* cas de *tuberculose pulmonaire* (soit 1 % des forceps), ces cas étaient d'ailleurs traités par un pneumothorax dûment entretenu. Forceps à la vulve.

— *2* cas de *cardiopathie compensée*, pour éviter tout effort d'expulsion. Forceps à la vulve.

5) *Pronostic fœtal:*

Il est bon, puisque sur 291 forceps, on relève:

274 enfants vivants (soit 92 % des forceps),
et 17 enfants morts (soit 8 % des forceps).

L'ensemble des forceps pour inertie ou souffrance fœtale se sont terminés par des accouchements d'*enfants vivants.*

Les cas de *mortalité fœtale* proviennent des *bassins rétrécis* ou des *anomalies de la dilatation.*

Nous avons donné dans les chapitres précédents les pourcentages d'enfants vivants et morts en rapport avec ces accouchements dystociques terminés par forceps.

II. — **Les versions**

Nous ne parlerons pratiquement que des versions par *manœuvres internes*, les versions par manœuvres externes étant habituellement pratiquées à la consultation (qui ne fait pas l'objet de notre étude), sauf *une, faite dans le service* et dont voici l'observation résumée:

Il s'agit d'une primipare ayant une présentation du siège. On sait la gravité que peut comporter le pronostic de cette présentation chez la primipare.

« On tente une version par manœuvre externe ou version céphalique qui transforme la présentation du

siège en sommet. L'accouchement fut parfaitement eutocique peu de jours après ».

La version par manœuvres internes a été *rarement* pratiquée dans le service, puisque nous n'en trouvons que:

12 sur 2.641 accouchements (soit 0,5 % du nombre global des accouchements durant les trois années considérées.

Comparé au nombre de forceps qui s'élève à *291* (11 % des accouchements), ce nombre montre bien que la version apparaît comme une intervention d'exception.

Voici résumées les *observations* sur des femmes pour lesquelles on a été amené à la pratiquer:

1) Il s'agit d'une cinquième pare, ayant un volumineux hydramnios et une présentation de l'épaule qui entre dans le service au début du travail à 17 heures; à 18 heures, rupture spontanée de la poche des eaux et sa présentation de l'épaule s'accompagne d'une procidence du cordon. La dilatation est à grande paume. Cette dilatation se complète sous la main et on pratique une version qui ramène un enfant vivant de 2 kg 500.

2) Il s'agit d'une sixième pare qui se présente à 11 heures avec une procidence du cordon et un coude à la vulve. La parturiente raconte qu'elle « a perdu les eaux » la nuit précédente. La dilatation est complète et il s'agit d'une présentation de l'épaule acromio-iliaque droite, dorso-antérieure. Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus.

On pratique une version qui ramène à 11 h. 30 un enfant mort de 3 kg 600.

3) Il s'agit d'une onzième pare, en travail depuis 24 heures. La température rectale est à 38°2. La présentation est une occipito-pubienne au détroit supé-

rieur, la dilatation est complète mais on note un gros œdème du col. Les bruits du cœur fœtal sont très irréguliers et vont en se ralentissant considérablement. On ne peut faire une embryotomie car le fœtus, bien que gros, est encore vivant. On tente alors un forceps qui échoue. On ne pouvait tenter une césarienne, car le fœtus n'offrait pas de grosse garantie de survie. Devant l'échec du forceps, on pratique une version qui s'avère aisée, le bassin étant absolument normal. Elle permet de ramener un enfant mort-né de 3 kg 840.

4) Il s'agit d'une cinquième pare, ayant une présentation de l'épaule; la dilatation est complète, mais les bruits du cœur fœtal ne sont pas perceptibles. On pratique une version podalique qui ramène un enfant mort de 3 kg 500.

5) Il s'agit d'une primipare, ayant une grossesse de six mois et demi et un hydramnios important. Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perceptibles, la présentation est transversale et la dilatation complète. Après rupture de la poche des eaux, on pratique une version podalique qui ramène un enfant mort-né de 1 kg 280 (présentant une hépato-splénomégalie sans ascite).

6) Il s'agit d'une deuxième pare, au huitième mois, se présentant avec une épaule négligée, main à la vulve. Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perceptibles. On pratique une version podalique qui ramène un enfant mort et macéré (agénésie des globes oculaires).

7) Il s'agit d'une deuxième pare, au septième mois, ayant une présentation d'épaule négligée. Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perceptibles. On pratique une version podalique qui ramène un enfant mort et macéré de 1 kg 100.

(Suivent maintenant quelques observations de gémellaires):

8) Il s'agit d'une gémellaire dont le premier fœtus est né par le sommet. Le deuxième se présentant par l'épaule, on pratique une version podalique qui ramène un enfant vivant de 2 kg 150.

9) Il s'agit d'une primipare, gémellaire. A 16 heures: dilatation à 2 fr, œdème du col. On fait une spasmalgine.

A 20 heures: incision du col qui est à grande paume et forceps qui ramène un premier enfant vivant de 2 kg 750.

Le deuxième fœtus se présente alors par l'épaule. On pratique une version podalique qui ramène un enfant vivant de 2 kg 700.

10) Il s'agit d'une primipare, gémellaire, en travail depuis 36 heures, dont le segment inférieur bien formé coiffe la présentation engagée. Le bassin est normal et la dilatation est à 5 fr, avec poche des eaux rompue depuis peu. On pratique une césarienne vaginale suivie d'un forceps au détroit supérieur pour un premier fœtus pesant 2 kg 050.

Le deuxième est extrait par version, car il se présente par l'épaule. Il est vivant et pèse 2 kg.

11) Il s'agit d'une cinquième pare, au septième mois. On signale un hydramnios important, c'est une gémellaire.

Le premier fœtus est un siège complet et l'enfant, vivant, pèse 1 kg 470.

Le deuxième se présente alors par l'épaule.

On pratique une version qui ramène un enfant vivant de 1 kg 340.

12) Il s'agit d'une primipare, gémellaire, dont le premier fœtus a une présentation en occipito-pubienne

et pèse vivant 1 kg 980. Le deuxième a une présentation de l'épaule. Par version, on ramène un enfant vivant de 2 kg 200.

Conclusion. — 1) De ces observations, on peut mettre à part les versions pour extraction de *jumeaux* qui sont au nombre de *5*.

Dans ces cas, l'indication et la pratique de la version ont toujours été simples.

Le pronostic a été très bon, puisque sur 5 versions on a eu 5 enfants vivants.

2) *Dans les autres cas*, il s'agissait généralement:

a) de *multipares* au nombre de *6* pour *1* primipare.

b) d'*hydramnios* au nombre de *3*.

c) de présentations de l'épaule en cours de *travail suivi: 2*.

d) ou d'*épaule négligée* au nombre de *5*.

e) de *prématurité:* dans *3 cas*.

f) on ne note pas de bassin rétréci.

g) enfin, on note à l'observation n° 3 une indication exceptionnelle pour la version.

3) *Le pronostic global:*

On note *6 enfants morts* (soit le 1/2 des enfants nés par version).

Si on élimine les enfants morts avant l'extraction, il reste 1 enfant mort par version (observation n° 3).

Si nous comparons ces chiffres aux chiffres de la: morti-natalité par forceps: *17* (8 % des forceps), morti-natalité par césarienne: *6* (10 % des césariennes), morti-natalité générale: *76* (3 % des accouchements),

nous voyons que la version comporte un pronostic sévère, ce qui restreint singulièrement les indications de cette version par manœuvres internes.

III. — LES CESARIENNES

Le nombre global des césariennes pratiquées durant les trois années considérées s'élève à *55* (soit 2 % du nombre global des accouchements).

Notons que, parmi ces 55 césariennes:

51 furent des césariennes segmentaires,
3 furent des césariennes vaginales,
1 fut corporéale.

Nous allons étudier dans ce chapitre des « césariennes »:

1) les causes ayant motivé l'intervention;
2) le pronostic maternel et fœtal de ces interventions;
3) dans un paragraphe spécial, nous énoncerons les observations de *3* césariennes vaginales et corporéale.

1) *Causes ayant motivé l'intervention césarienne:*

Comme cause principale, nous avons noté les *bassins viciés.*

Pour 55 césariennes, nous notons *37* bassins viciés (*soit 67 % des césariennes*).

Ces bassins viciés se divisent comme suit:

24 bassins généralement rétrécis (soit 43 % des césariennes);
9 bassins plats (soit 16 % des césariennes);

4 bassins plats assymétriques (soit 8 % des césariennes).

Les bassins généralement rétrécis sont les plus nombreux des bassins viciés pour lesquels on a pratiqué une césarienne.

C'est qu'en effet, devant un bassin généralement rétréci, on hésite moins que devant un autre bassin vicié pour intervenir par césarienne.

Comme autre cause de césarienne, nous signalons dans notre statistique le *placenta proevis central.*

Nous en avons observé *8 cas* (soit 14 % des césariennes) pour lesquels il a été pratiqué une césarienne).

Dans *3 cas* (soit 5,4 % des césariennes), il s'agissait d'une *dystocie du col:* arrêt de la dilatation avec ou sans œdème du col.

On signale aussi:

1 cas de cardiopathie décompensée, qui grâce à une surveillance médicale attentive a pu être partiellement compensée. Dans ce cas, il a été pratiqué une césarienne corporéale dès le début du travail.

Comme autres causes nous notons:

1 cas de kyste de l'ovaire proevis ne permettant pas une extraction fœtale par les voies naturelles;

1 cas de fibrome proevia;

et *2 cas d'éclampsies,* dont la grosse crise a pu être jugulée par des moyens médicaux; ensuite de quoi la dilatation étant nulle et l'état de la femme ne s'améliorant pas suffisamment, la césarienne était seule capable de fournir une terminaison rapide et efficiente de l'accouchement.

Etudions dans ce paragraphe la *position et la présentation* du mobile fœtal.

a) parmi les *présentations du sommet:*

10 O.I.G.A. (soit 18 % des césariennes);
14 O.I.D.P. (soit 25 % des césariennes);
1 occipito-pubienne au détroit supérieur (soit 4 % des césariennes);
14 O.I.D.T. (soit 25 % des césariennes).

b) parmi les *autres présentations:*

8 sièges (soit 14 % des césariennes);
8 épaules (soit 14 % des césariennes).

La grande majorité des présentations est donc la droite transverse, en égalité avec la droite postérieure, deux positions qui peuvent être rapprochées, l'une étant une des phases de l'évolution de l'autre.

Parmi les femmes ayant subi une césarienne, on compte:

32 primipares (soit 58 % des césariennes),
et 23 multipares (soit 42 % des césariennes),
d'où la relative majorité des primipares sur les multipares.

2) *Pronostic général de ces interventions:*

Sur 55 césariennes, on a obtenu:

50 enfants vivants (soit 90 % des césariennes);
et 5 enfants morts (soit 10 % des césariennes).

Voyons par le détail la cause de cette mortinatalité:

— dans un cas, il s'agit d'une troisième pare dont les deux premiers enfants étaient mort-nés, au bassin généralement rétréci, et qui se présenta à la maternité pour la première fois à l'occasion de cette troisième grossesse, en travail. La présentation était un siège, la dilatation à 2 fr avec un gros œdème du col. La tempé-

ture rectale était à 38°5. Les bruits du cœur fœtal parurent perceptibles à l'opérateur. Néanmoins, la césarienne donna un enfant mort-né, en syncope blanche. La malade fut mise au traitement spécifique, car un B.W. pratiqué fut positif.

— dans un autre cas, il s'agissait d'une primipare, au bassin limite, présentation du siège, en travail depuis 48 heures, avec une dilatation à 2 fr, poche des eaux rompue. Le produit de la césarienne fut un hydrocéphale qui mourut quelques instants après l'extraction.

— dans ce cas, c'était une cardiopathie décompensée dont nous avons parlé plus haut. L'enfant est mort à sa naïssance.

— dans ce cas, il s'agit d'une primipare de 34 ans, en douleurs depuis quatre jours. La position est une O.I.D.P. très défléchie et le col, dilaté à 5 fr, présente un gros œdème. On tente une épreuve du travail classique après injection appropriée; une incision du col antéro-postérieure permet d'essayer une prise de forceps qui échoue. Les bruits du cœur fœtal étant perceptibles, on pratique une césarienne qui permet d'extraire un enfant mort-né de 4 kg 025.

— dans ce cas-ci, c'est aussi pour un bassin rétréci, à la suite d'une prise de forceps qui échoue que l'on pratique une césarienne. L'enfant est mort-né.

3) Nous allons maintenant étudier les trois cas de *césarienne vaginale* et le cas unique de *césarienne corporéale.*

a) *Césariennes vaginales:*

Nous n'avons pas abandonné la pratique de la césarienne vaginale qui peut, dans certains cas bien limités, rendre de grands services. Voici les trois observations:

1) Il s'agit d'une gémellaire, primipare, en travail depuis 36 heures, dont le segment inférieur bien formé coiffe une présentation engagée. La dilatation est à 2 fr et on note un œdème du col. La simple incision paraissant insuffisante et la césarienne segmentaire trop importante pour ces petits fœtus, on décide une césarienne vaginale qui permet d'avoir 2 enfants vivants:

un par forceps en occipito-sacrée (pesant 2 kg 050),

l'autre par version pour présentation de l'épaule (pesant 2 kg).

2) Il s'agit d'une deuxième pare, septième geste, au huitième mois, ayant une présentation transversale avec un placenta proevia central. La dilatation est à 5 fr, la poche des eaux est rompue. On pratique une césarienne vaginale qui permet d'extraire un enfant vivant de 2 kg 500.

3) Il s'agit d'une primipare, opérée d'appendicite aiguë au quatrième mois de sa grossesse, actuellement à terme, qui présente une dystocie du col. L'enfant est petit, le bassin est bon, le segment inférieur est bien formé et la tête est engagée. La femme est en travail depuis 24 heures, mais la dilatation est nulle, col perméable. On rompt la poche des eaux et on a un liquide méconial.

On pratique après épreuve du travail une césarienne vaginale suivie d'un forceps qui ramène un enfant vivant de 2 kg 830.

4) Nous avons déjà rapporté l'observation de la césarienne corporéale ci-dessus. L'enfant est mort peu après sa naissance.

En résumé:

1) Chaque fois que l'on a eu:

un bon bassin,
un fœtus assez petit,
un bon segment inférieur,

on a tenté une césarienne vaginale pour compléter une dilatation qui ne progresse pas.

2) Dans les cas de placenta proevia chez les multipares à bon bassin, à bon segment inférieur, la césarienne vaginale, opération rapide et non choquante, peut rendre de grands services.

IV. — LES EMBRYOTOMIES

Il a été pratiqué durant les trois années considérées *9 embryotomies* (soit 0,3 % du nombre global d'accouchements).

Nous allons citer ces 9 observations:

1) Il s'agit d'une dixième pare, en travail depuis 3 jours et présentant une infection anmiotique. La température rectale est de 39°8. Le médecin traitant avait constaté la mort du fœtus au cours d'un examen antérieur datant de un mois. L'albuminurie est très importante et la tension à 11/8. La dilatation est à grande paume avec une présentation céphalique. On pratique une *basiotripsie*. Les suites sont bonnes.

2) Il s'agit d'une troisième pare, se présentant avec une épaule négligée, main à la vulve. L'enfant est manifestement mort et macéré. On tente prudemment une version qui permet assez facilement d'extraire les membres inférieurs et le tronc. La tête dernière étant en-

serrée par une contraction de l'anneau de Bandl, on termine par une *cranioclasie*. Les suites sont bonnes.

3) Il s'agit d'une quatrième pare se présentant avec une procidence du cordon qui est sec et flasque. L'enfant est mort. La dilatation est à petite paume et la présentation est un sommet au détroit supérieur. On pratique une *cranioclasie*. Les suites sont bonnes.

4) Il s'agit d'une quatrième pare, au huitième mois, ayant eu un hydramnios important. Le bassin est plat (P.S.P. = 10 cm). Au toucher vaginal, on trouve un placenta prœvia marginal. La dilatation est à 5 fr et la poche des eaux est rompue. Les bruits du cœur fœtal sont faiblement perceptibles; aussi, après incision du col, on tente une application de forceps qui échoue. Les bruits du cœur fœtal n'étant plus perceptibles, on pratique une *basiotripsie*. Les suites sont bonnes.

5) Il s'agit d'une primipare, en travail depuis 48 heures. Dilatation à grande paume, présentation du sommet. Gros œdème du col. Les bruits du cœur sont très faiblement perceptibles. On fait une incision du col et application de forceps qui échoue. Les bruits du cœur fœtal n'étant plus perceptibles, on pratique une *basiotripsie*. Les suites sont bonnes.

6) Il s'agit d'une huitième pare, ayant une présentation de la face en M.I.D.P. au détroit supérieur. Les bruits du cœur fœtal sont très ralentis. La dilatation complète et la poche des eaux rompue permettent une application de forceps suivie de deux autres qui échouent. Les bruits du cœur fœtal ne sont plus perceptibles. On fait une *basiotripsie*. Les suites sont bonnes.

7) Il s'agit d'une quatrième pare se présentant avec une épaule négligée, dilatation à grande paume. L'enfant est manifestement mort et macéré. Au cours du toucher, une main descend à la vulve. On pratique une section cervico-thoracique du fœtus. Les suites sont bonnes.

8) Il s'agit d'une primipare qui se présente à la Maternité avec rétention, in utéro, de tête dernière après extraction de siège pratiquée à domicile. L'enfant est mort. On fait une *basiotripsie*. Bonnes suites.

9) Il s'agit d'une cinquième pare, dont la dilatation est complète. La tête est fixée au détroit supérieur. Les bruits du cœur sont très faiblement perceptibles. On tente une application de forceps, qui échoue. Les bruits du cœur ne sont plus perceptibles. On pratique une *basiotripsie* qui permet d'extraire un enfant de plus de 4 kg 800. Suites bonnes.

Conclusion. — A propos de ces 9 observations, remarquons:

1) que dans *4* cas, il s'agissait d'enfants morts avant le début du travail;

2) que dans *5* cas, l'enfant est mort au cours du travail; au fond, l'embryotomie a été une terminaison d'application de forceps inefficace et néfaste pour la vie du fœtus.

3) l'embryotomie a été pratiquée:

— *6 fois* par basiotripsie:

5 fois sur sommet,
1 fois sur tête dernière;

— *2 fois* par cranioclasie:

1 fois sur sommet,
1 fois sur tête dernière;

— *1 fois* par section cervico-thoracique.

4) Le pronostic maternel a toujours été bon.

Il n'y a jamais eu de complication du fait de l'application du basiotribe. Il n'y a pas eu d'infection des suites de couches sauf dans les cas déjà infectés et dont les suites ont été d'ailleurs bonnes, grâce à la pénicilline.

Le Placenta Prœvia

Nous ne parlerons bien entendu que des placenta prœvia pathologiques s'étant manifestés par des pertes de sang plus ou moins abondantes avec ou sans les complications habituellement observées dans ces cas.

Ce sont ces cas que nous allons envisager dans notre statistique.

Le nombre global de placenta prœvia observés durant les trois années considérées dans notre Maternité, s'élève à 25 (soit 0,9 % du nombre global d'accouchements).

Nous allons considérer cette question en divisant les différents placenta prœvia observés selon:

1) les catégories de la population;
2) la parité des parturientes;
3) l'âge de la grossesse au moment où le placenta prœvia a nécessité l'évacuation utérine;
4) le mode de traitement;
5) enfin, les résultats obstétricaux, c'est-à-dire le pronostic maternel et fœtal.

Etudions en détail ces différents chapitres:

1) On a observé des accidents hémorragiques dûs au placenta prœvia chez:
   — 11 musulmanes (soit 42 % des placenta prœvia)

— 6 européennes (soit 23 % des placenta prœvia)
— 8 israélites (soit 35 % des placenta prœvia)

Nous constatons que la majorité des parturientes ayant eu un placenta prœvia étaient *musulmanes.*

Leur nombre est en effet le *double* environ des parturientes européennes.

C'est peut-être, à la fréquence des *endométrites puerpérales* chez ces femmes, mal surveillées au cours des accouchements antérieurs, que l'on peut attribuer cette disproportion.

2) *La parité des parturientes:*

On compte:

— 3 primipares (soit 15 % des placenta prœvia)
— 22 multipares (soit 85 % des placenta prœvia)

La même cause peut être invoquée pour expliquer cette différence entre les primipares et les multipares.

3) Nous allons étudier ici l'*âge de la grossesse*, terme auquel l'évacuation utérine fut faite, à la constatation du placenta prœvia.
— 9 parturientes étaient à terme (soit 36 % des placenta prœvia).
— 16 firent un accouchement prématuré (soit 64 % des placenta prœvia).

4) Quel a été le traitement institué, mettant à part les traitements médicaux classiques, y compris la transfusion, traitements généralement employés.

C'est l'étude du traitement obstétrical lui-même qui retiendra notre attention.

Ces divers placenta prœvia se terminèrent:

— soit par un *accouchement par les voies naturelles* (c'est-à-dire accouchement normal ou forceps si la dilatation était suffisante et la présentation convenable);

— soit par une *césarienne segmentaire;*
— soit par une *césarienne vaginale.*

Pour 25 placenta prœvia, on compte:

— 11 accouchements par les voies naturelles (soit 44 % des placenta prœvia);
— 13 césariennes segmentaires (soit 52 % des placenta prœvia);
— et 1 césarienne vaginale (soit 4 % des placenta prœvia).

Donc, le mode d'accouchement le plus fréquent fut la *césarienne segmentaire.*

Pour la césarienne vaginale, nous rapportons l'*observation:*

« Il s'agit d'une deuxième pare, septième geste, au huitième mois, ayant une présentation transversale avec un placenta prœvia central. La dilatation est à 5 f, la poche des eaux est rompue.

On pratique une césarienne qui permet d'extraire un enfant vivant de 2 kg 500 par version.

5) Et voici les résultats obstétricaux, c'est-à-dire le *pronostic fœtal* (le pronostic maternel est très bon: aucun décès chez les parturientes).

Sur 25 enfants extraits, on compte:

— 15 enfants vivants (soit 60 % des placenta prœvia);
— 10 enfants morts (soit 40 % des placenta prœvia).

Le pronostic fœtal est mauvais puisque plus d'*un enfant sur trois* meurt à la suite du placenta prœvia.

Est-ce dû à la prématurité ?

Est-ce dû à l'anémie de la mère qui ne laisse pas de retentir sur le fœtus ?

Parmi les 10 enfants morts au cours du placenta prœvia, on compte:

— 6 *prématurés* (soit 3/5 des enfants morts).

Ces 10 enfants morts furent pour la plupart extraits par les voies naturelles.

(— 9 d'entre eux) alors qu'un seul fut extrait par césarienne segmentaire.

Le nombre global des *macérés* observés durant les trois années citées s'élève à *26* (soit 0,9 % du nombre global d'accouchements).

Nous allons considérer dans ce chapitre la proportion des macérés:

— suivant les diverses catégories de la population;
— suivant la parité des parturientes;
— suivant l'âge de la grossesse;
— suivant les affections intercurrentes découvertes chez la mère ayant accouché d'un macéré.

1) Proportion des macérés suivant les *diverses catégories de la population:*

Sur *26* parturientes ayant accouché d'un macéré, on compte:

— 15 musulmanes (soit 57 % des macérés);
— 9 européennes (soit 34 % des macérés)
— 2 israélites (soit 9 % des macérés)

Il semble que le nombre des musulmanes domine de peu le nombre des européennes ayant accouché d'un enfant mort et macéré. En réalité, si on compare les chiffres ci-dessus au nombre total de musulmanes, d'européennes et d'israélites ayant accouché durant les trois années considérées, les pourcentages obtenus sont les suivants:

— 15 musulmanes sur 303 (*soit 5 %*) ont eu un mort et macéré;
— 9 européennes sur 1.431 (*soit 0,7 %*) ont eu un mort et macéré;
— 2 israélites sur 624 (*soit 0,3 %*) ont eu un mort et macéré,

d'où l'énorme proportion des musulmanes ayant accouché d'un macéré, puisque leur nombre est de *sept fois supérieur* au nombre d'européennes et *seize fois supérieur* au nombre d'israélites.

2) *Parité des parturientes:*

Sur 26 accouchements de macérés, on compte:
— 13 primipares (soit 50 % des macérés);
— 13 multipares (soit 50 % des macérés).
Donc, autant de primipares que de multipares.

3) *Age de la grossesse*, auquel le fœtus macéré a été expulsé. On note:
— 14 parturientes à terme (soit 56 % des macérés);
— 12 parturientes avant terme (soit 44 % des macérés).

Ici aussi, peu d'influence de l'âge de la grossesse sur la macération du fœtus.

4) Enfin, nous allons considérer les affections qui ont été découvertes chez la parturiente ayant expulsé un macéré et pouvant expliquer cet accident.

Sur les 26 parturientes, on note:
— *12 cas* de syphilis avérée (soit 46 % des macérés);
— *6 cas* d'albuminurie plus ou moins importante (soit 23 % des macérés).

On voit la grosse proportion de syphilis. Cette syphilis fut traitée par la suite.

Dans les autres cas, c'est-à-dire dans *8 cas* (soit 31 % des macérés), on n'a pu déterminer d'une façon précise la cause de la mort du fœtus, d'où sa macération.

Etant donné la proportion des musulmanes ayant eu des macérés et, celles-ci étant généralement des bédouines sous-alimentées, en état de misère physiologique souvent grave, il n'est pas exclu de penser que les diverses carences alimentaires quantitatives et qualitatives aient pu jouer un rôle déterminant sur cette mort du fœtus in utéro.

Dans notre statistique, sur 2.641 accouchements, nous relevons *15 anomalies congénitales* (soit 0,5 % du nombre global d'accouchements).

Voici par le détail la nature de ces malformations.

On distingue:

— 1 enfant mort-né présentant un *pied bot* et un *méningocèle;*

— 1 enfant vivant présentant un *pied bot bilatéral*, sans autre malformation;

— 1 enfant mort-né présentant un *méningocèle;*

— 1 enfant ayant vécu quelques heures et présentant une *agénésie complète des globes oculaires* (la parturiente, d'ailleurs, avait eu 2 accouchements antérieurs de quelques années de 2 fœtus ayant absolument la même malformation);

— 1 enfant ayant vécu quelques jours et présentant une *agénésie des globes oculaires;*

— 1 enfant mort-né *oxycéphale;*

— 2 enfants mort-nés *anencéphales;*

— 3 enfants mort-nés *hydrocéphales;*
— 1 enfant vivant, né à terme, présentant un *hypospadias balanique.*

4) *Anomalies du tube digestif:*

a) *3 agénésies du rectum:* parmi ces 3 enfants vivants:

— 1 fut opéré car l'ampoule rectale, près du périnée (radiodiagnostic) permettait une opération relativement bénigne. Les suites furent bonnes.

— pour un autre, il fut tenté la même intervention, mais l'ampoule rectale trop haute ne put être atteinte par voie périnéale (exitus).

— pour le troisième, l'opération était impraticable par voie basse, car il y avait agénésie totale de l'ampoule rectale et d'une grande partie du sigmoïde (exitus).

b) *1 sténose hypertrophique du pylore,* qui fut opérée et dont les suites furent bonnes.

Les Môles Hydatiformes

On signale pour 2.641 accouchements *2 môles hydatiformes* (soit 0,07 % du nombre global d'accouchements).

Ces môles survenaient pour la première fois:

— l'une chez une primipare,

— l'autre chez une multipare (troisième pare).

Elles furent évacuées sans suites pathologiques. Le contrôle biologique a permis dans les mois suivants de vérifier la disparition définitive des gonadotrophines sériques et urinaires.

La Prématurité

Nous comprenons sous ce nom les enfants nés entre le 180^{me} jour et le 250mo jour. Dans notre statistique, les causes qui interviennent plus particulièrement pendant les trois derniers mois de la grossesse sont:

— l'insertion vicieuse du placenta,
— l'hydramnios,
— la grossesse gémellaire.

Quant aux causes générales, à part la *syphilis parfois reconnue et souvent méconnue*, nous n'avons pu, faute de moyens techniques, nous livrer à une enquête plus poussée.

Le nombre global de prématurés expulsés durant les trois années considérées, s'élève au nombre de *85* (soit 3,2 % du nombre global d'accouchements).

Nous allons successivement envisager dans ce chapitre:

1) l'âge de la grossesse au moment de l'expulsion du prématuré;
2) la parité des parturientes;
3) les causes pouvant avoir déterminé l'accouchement prématuré;
4) les présentations dystociques rencontrées au cours de ces divers accouchements;

5) les interventions ayant été pratiquées dans certains cas pour l'extraction du fœtus;

6) la moyenne des divers poids rencontrés chez les prématurés;

7) les résultats obstétricaux, c'est-à-dire le pronostic fœtal;

8) dans le dernier paragraphe, nous considérerons la proportion des prématurés selon les catégories ethniques;
la proportion des syphilitiques chez ces prématurés;
enfin, le pronostic fœtal dans le mois qui suit la la naissance du prématuré.

CONSIDERONS CES DIVERS PARAGRAPHES:

1) *L'âge de la grossesse* au moment de l'expulsion du prématuré:

Sur les 85 prématurés, on en compte:

— *4* au 6^{me} mois (soit 5 % des prématurés);
— *39* au 7^{me} mois (soit 45 % des prématurés);
— *42* au 8^{me} mois (soit 50 % des prématurés).

Les prématurés au septième mois sont relativement nombreux puisque leur nombre égale à peu près celui des prématurés du huitième mois. C'est surtout à leur sujet que se fera sentir le pronostic fœtal.

2) *Parité des parturientes* ayant eu un prématuré.

On compte:

— *42 primipares* (soit 49 % des prématurés);
— *43 multipares* (soit 51 % des prématurés).

3) *Causes pouvant avoir déterminé l'accouchement prématuré:*

Il faut noter que beaucoup de prématurés viennent au monde sans qu'il soit possible de trouver une cause quelconque tant du côté fœtal que maternel.

Nous signalerons ici:

— 8 grossesses gémellaires (soit 11 % des prématurés);
— 10 placenta prœvia (soit 12 % des prématurés);
— 1 hématone rétro-placentaire (soit 1 % des prématurés);
— 5 hydramnios (soit 6 % des prématurés);
— 2 cardiopathies graves (soit 3 % des prématurés).

On voit ici la grosse influence du *placenta prœvia* sur la prématurité puisque à peu près 1 prématuré sur 8 est la conséquence d'un placenta prœvia.

4) *Présentations dystociques* rencontrées au cours des divers accouchements.

On trouve ici:

— *14 sièges* (soit 21 % des prématurés);
— *2 présentations de l'épaule* (soit 3 % des prématurés).

5) *Interventions* ayant été pratiquées dans certains cas pour l'extraction du fœtus. On signale:

— 6 forceps (soit 9 % des prématurés);
— 4 césariennes segmentaires (soit 6 % des prématurés).

6) *Moyenne des divers poids* rencontrés chez les prématurés.

Sur 85 prématurés, on compte:

— *12* n'atteignant pas le poids de 1.200 gr (soit 15 % des prématurés);
— *14* entre 1.200 gr et 1.500 gr (soit 18 % des prématurés);
— *19* entre 1.500 gr et 2.000 gr (soit 20 % des prématurés);
— *40* entre 2.000 gr et 2.500 gr (soit 47 % des prématurés).

Il est compréhensible que les *12 fœtus* n'atteignant pas 1.200 grammes sont décédés dès les premières heures ou les premiers jours de leur naissance.

7) *Le pronostic fœtal* est le suivant:

— *64* enfants vivants (soit 73 % des prématurés);
— *21* enfants morts (soit 27 % des prématurés).

A part les *12* prématurés cités ci-dessus et n'atteignant pas le poids de 1.200 gr, les *9* autres enfants morts appartiennent pour la plupart à la catégorie des prématurés du *septième mois* n'atteignant pas 1.500 gr.

Nous voyons donc que le pronostic est relativement bon puisque, dans notre statistique, *1 enfant prématuré sur 4* est décédé dans les premières heures ou les premiers jours de sa naissance, vu le peu de moyens dont dispose notre Maternité.

8) Proportion des prématurés.

a) selon les *catégories ethniques:*

— *pour les musulmanes*, on compte:
19 prématurés (soit 15 % des prématurés);

— *pour les israélites:*
21 prématurés (soit 16 % des prématurés);

— *pour les européennes:*

45 prématurés (soit 69 % des prématurés).

Il semble donc que les européennes ont le plus grand nombre de prématurés. (Notons, au passage, que 90 % de ces européennes sont des italiennes).

Cependant, si nous comparons chacun de ces résultats au nombre total de musulmanes, d'européennes et d'israélites, ayant accouché durant les trois années considérées, nous voyons que:

— *6* % des musulmanes ont eu des prématurés,
— pour *3* % chez les européennes,
— et *3* % chez les israélites.

Ces résultats nous montrent donc que, relativement, on trouve plus de prématurés chez les musulmanes que chez les européennes et les israélites.

b) *proportion des syphilitiques chez les prématurés.*

Sur 85 prématurés, on compte:

— *10* syphilitiques avérées à qui le traitement classique fut appliqué (soit 11 % des prématurés).

c) *dans le mois* qui suit la naissance de ces prématurés, nés vivants et restés durant leur hospitalisation, on ne signale *aucun décès.*

Ces prématurés étaient suivis grâce à la consultation des nouveaux-nés qui a lieu à l'hôpital même, un jour par semaine.

Le pronostic est donc excellent.

Les Maladies de la Mère

I. — LA TUBERCULOSE PLEURO-PULMONAIRE

Nous avons relevé dans notre statistique peu de cas de tuberculose accompagnant la grossesse.

7 cas sur *2.641* accouchements (soit 0,3 % du nombre global d'accouchements).

Ce petit nombre s'explique aisément si l'on considère l'absence du service d'isolement dans notre Maternité et le fait que nous n'avons pu recevoir que des cas absolument pas contagieux.

Sur ces 7 cas, nous avons:

— *5 pneumothorax*, actuellement entretenus, créés bien avant la grossesse;

— *1 cas d'infiltrat* sous-claviculaire droit cicatrisé depuis quatre ans et n'ayant eu aucune suite durant la grossesse actuelle.

— *1 cas de pleurésie tuberculeuse.*

EVOLUTION DE L'ACCOUCHEMENT

Pour les 5 cas de pneumothorax, on signale 4 accouchements normaux à terme et 1 accouchement prématuré à 7 mois et demi.

Au terme, 5 enfants vivants, donc pronostic excellent, puisqu'aucune aggravation n'en est résultée pour la mère.

Pour le cas d'infiltrat ancien, on avait un enfant mort et macéré qui fut extrait par basiotripsie sans aucune conséquence pour la mère.

Pour la pleurésie, il s'agissait d'une quatrième geste, troisième pare, dont l'accouchement fut rapide et spontané. On eut un enfant vivant. La pleurésie fut traitée classiquement par la suite.

Donc, dans l'ensemble, bon pronostic fœtal et excellent pronostic maternel puisque les suites de couches chez toutes ces femmes, suites de couches immédiates et lointaines, furent bonnes.

Conclusion. — On ne peut inférer de ces observations que la tuberculose pulmonaire n'est pas aggravée par la grossesse. Il s'agissait de cas favorables traités et suivis dans de bonnes conditions.

II. — L'ECLAMPSIE

L'éclampsie a été rarement observée dans le service. Dans notre statistique, sur 2.641 accouchements, on en relève *6 cas nets* (soit 0,2 % du nombre global d'accouchements), soit, en gros, 1 cas d'éclampsie pour 450 accouchements).

Dans quelques cas rares, elle récidive chez la même femme, pendant plusieurs grossesses successives. Elle a été surtout l'apanage des primipares.

L'éclampsie a été relevée à tous les stades de l'état puerpéral, mais elle est surtout fréquente dans les deux premier mois de la grossesse. Nous allons résumer chacun des six cas d'éclampsie observés durant les trois années citées.

1) M^me^ P... Rosine présenta une crise d'éclampsie au huitième mois pendant le travail (primipare).

La tension artérielle était de 19/18 et on notait une grosse quantité d'albumine dans les urines. Les bruits du cœur fœtal sont perceptibles.

Le col étant suffisamment dilaté (à petite paume) et la tête bien engagée, on pratique une incision du col et une application de forceps. L'enfant est vivant et les suites de couches sont bonnes.

2) M^me^ T... Philippe est une primipare au huitième mois, gémellaire, qui est amenée en plein syndrome éclamptique à la Maternité. Sa tension artérielle est à 20/10. Ses urines montrent à l'analyse un gros dépôt d'albumine. On pratique une saignée de 300 cc.

La dilatation étant à grande paume avec un sommet bien engagé on peut appliquer le forceps après incision du col sous-anesthésie générale. Les deux enfants sont mort-nés. L'état de la mère ne s'est pas amélioré après l'accouchement, et malgré une thérapeutique appropriée (sérum glucosé, sulfate de magnésie, lavements au chloral) la malade est décédée deux jours après, n'ayant jamais retrouvé sa lucidité.

3) M^me^ S... Assunta est une primipare à terme qui se présente avec un syndrome débutant d'éclampsie. Sa tension artérielle est à 19/8; elle a une grosse albuminurie, et en plus d'une pénible céphalée, accuse des troubles oculaires (phosphène). La dilatation étant à grande paume et la tête bien engagée, on pratique une incision du col et on applique un forceps qui permettent d'avoir un enfant vivant. Les suites des couches sont bonnes car la malade voit tous ses troubles disparaître dans les quelques jours qui suivent l'accouchement. Sa tension artérielle est tombée et demeure stationnaire à

13/7; l'albuminurie persiste un peu; aussi institue-t-on pour elle le régime approprié.

4) M^me^ N... Ginette est une primipare à terme, ayant un bassin généralement rétréci et qui présente une céphalée gravative, pulsatile, une tension artérielle grimpante à 17/9, une albuminurie massive; elle n'accuse pas de troubles visuels. Devant ces signes prémonitoires d'une éclampsie et devant le fait que la malade a un bassin généralement rétréci, les bruits du cœur fœtal étant perceptibles, on pratique une césarienne segmentaire qui permet d'avoir un enfant vivant. Les suites de couches sont bonnes.

5) M^me^ Z... Suzie est une primipare au huitième mois qui se présente avec une tension artérielle à 18/7 et une albuminurie massive, des céphalées et des vomissements. La dilatation est à grande paume, la poche des eaux rompue, mais la tête mobile au détroit supérieur. On pratique une incision du col et une version podalique qui ramène un enfant mort et macéré. Les suites de couches sont bonnes.

6) M^me^ L... Rosalie est une primipare de 32 ans, à terme, qui se présente à la Maternité avec une tension artérielle à 33/9, une albuminurie massive, des céphalées gravatives, pulsatiles, des signes d'émaurose transitoire. Elle est infiltrée d'œdèmes, mais ne présente pas un grand état d'agitation. Devant ce tableau, la dilatation étant nulle, on décide de pratiquer une césarienne fragmentaire. Sous rachi-anesthésie, la tension artérielle fait une chute brusque de 33 à 7. On fait un pressyl et la césarienne peut être bien menée jusqu'à extraction d'un enfant vivant normalement constitué. Après l'accouchement, la tension artérielle recommence à monter aux environs de 27/8. On entreprend le traitement clas-

sique avec sérum glucosé, théobromine, diète lactée. La malade peut sortir de l'hôpital avec une tension stabilisée entre 18 et 20 à la minima. Les suites de couches sont bonnes.

Conclusion. — Donc dans l'ensemble, nous voyons que l'éclampsie comporte un très mauvais pronostic fœtal (4 enfants vivants sur 7) mais un meilleur pronostic maternel (1 seul décès sur 7 éclampsies).

Nous citerons à la fin de ce chapitre quelques cas d'hypertension artérielle isolée ou accompagnée d'une *albuminurie* plus ou moins importante. Le nombre de ces cas s'élève à *18* (soit 0,6 % du nombre global des accouchements). Ces hypertensions oscillaient entre 16/9 et 24/3. Le repos absolu, la diète lactée provisoire ou lacto-végétarienne suivant les cas, permirent d'obtenir un résultat obstétrical bon puisqu'on ne signale qu'un seul enfant mort-né et un accouchement prématuré au sixième mois dont le produit ne vécut.

III. — LES CARDIOPATHIES GRAVIDIQUES

Les cardiopathies observées dans le service se sont manifestées avec un syndrome cardiaque pur, tel que rétrécissement mitral, insuffisance mitrale, maladie mitrale.

Ce syndrome cardiaque était découvert par l'auscultation de la malade, ou bien la parturiente présentait au cours de l'examen systématique une hypertension caractérisée qui nécessitait son hospitalisation pour thérapeutique appropriée.

Les syndromes tels qu'insuffisance mitrale et rétrécissement mitral sont relativement rares puisque nous

en avons relevé durant les trois années citées *12 cas* (soit 0,4 % du nombre global d'accouchements). Parmi ces 12 cas on signale:

— 6 cas de rétrécissement mitral d'origine rhumatismale dont le pronostic maternel et fœtal fut excellent;

— 4 cas d'insuffisance mitrale (dont deux constatés au deuxième mois de la grossesse et deux au septième). Les résultats furent les suivants:
  — 1 accouchement normal à terme,
  — 1 accouchement au cinquième mois,
  — 2 accouchements prématurés au huitième mois;

— enfin, 2 cas d'insuffisance cardiaque grave avec importante participation myocardique qui se soldèrent par un décès maternel et deux enfants mort-nés.

Mode d'accouchement. — Dans 11 cas l'accouchement fut pratiqué par les voies naturelles avec une application de forceps à dilatation complète pour éviter à la parturiente les efforts d'expulsion.

Dans le douzième cas, il fut pratiqué une césarienne corporéale dont l'observation est rapportée au chapitre des césariennes.

Conclusions

Dans cette étude sommaire et schématique de l'activité de la Maternité de l'Hôpital de la Libération au cours des années 1947-1948 et des trois premiers trimestres de l'année 1949, on peut tirer deux ordres de conclusions: les unes sont d'ordre obstétrical, les autres reflètent la situation particulière de l'obstétrique en Tunisie.

A. — Il a été pratiqué 2.641 accouchements. Sur ces 2.641 accouchements, nous avons noté:

— 1.858 accouchements eutociques,
— 783 accouchements dystociques.

1) Pour les accouchements eutociques, la méthode d'accélération de l'accouchement par l'injection de spasmalgine et hypophyse à dilatation de:

— 2 chez les multipares,
— 5 chez les primipares,

nous a permis sans dommage pour la mère ni l'enfant de raccourcir la durée du travail à:

— 3 h. 30 en moyenne chez les primipares,
— 2 h. 30 en moyenne chez les multipares.

2) Pour les accouchements dystociques, nous avons noté:

a) Dystocies par anomalies de la présentation:

— 78 présentations du *siège* dont 40 sièges complets et 38 sièges décomplétés qui ont donné:
  — une mortalité maternelle nulle;
  — une mortalité fœtale de 17 enfants (soit 22 % des *sièges*).
— 13 présentations de l'*épaule* qui ont donné une mortalité fœtale de 5 *enfants* (gémellaires ou macérés).
— 3 présentations de la *face* qui ont donné 3 enfants vivants.
— 1 présentation du *front* qui a donné un enfant vivant.
— 33 gémellaires qui ont donné une mortalité fœtale de *17 enfants* (soit 12 % des nouveaux-nés gémellaires).

b) Dystocies osseuses: on en compte 87 dont 35 bassins plats et 52 bassins généralement rétrécis qui ont donné:

  — une mortalité maternelle nulle;
  — une mortalité fœtale de *13* enfants (soit 14 % des bassins viciés).

c) *25* placenta prœvia qui ont donné un pronostic fœtal de 10 enfants morts (soit 40 % des placenta prœvia).

d) *26* macérés (soit 0,9 % du nombre global d'accouchements).

e) *15* anomalies congénitales.

f) 2 môles hydatiformes.

3) Sur les 2.641 accouchements:

a) 291 se sont terminés par forceps (soit 11 % des accouchements) dont 48 à la vulve, 224 à l'excavation et 19 au détroit supérieur.

La mortalité maternelle est nulle.

La mortalité fœtale est de 17 enfants (soit 8 % des forceps).

b) *12* se sont terminés par version (soit 0,5 % des accouchements).

La mortalité fœtale est de 6 enfants (soit 50 % des versions).

La mortalité maternelle est nulle.

c) *55* se sont terminés par césarienne (soit 2 % des accouchements).

La mortalité maternelle est de 2 femmes.

La mortalité fœtale est de 5 enfants (soit 10 % des césariennes).

d) 9 se sont terminés par une embryotomie (soit 0,3 % des accouchements).

B. — En étudiant les chiffres comparés des accouchements des différentes catégories de la population, nous avons noté la particulière fréquence chez les *musulmanes:*

1) des dystacies osseuses: 9,2 % des musulmanes, alors que chez les européennes ce rapport est de 2,5 %;

2) des présentations du siège: 4,6 % des musulmanes, alors que chez les européennes ce rapport est de 2,7 %;

3) des macérés: 5 % des musulmanes alors que chez les européennes ce rapport est de 0,7 %;

4) des prématurés: 6 % des musulmanes alors que chez les européennes ce rapport est de 3 %.

C. — Sur les 2.641 accouchements, la mortalité générale maternelle fut de 2, la mortalité générale fœtale fut de *76* (soit 3 % des accouchements).

1) Si l'on remarque que la plupart de nos accouchées ont été régulièrement suivies pendant leur grossesse à notre consultation pré-natale et que les deux

femmes décédées n'ont pas été conseillées pendant leur grossesse, on peut conclure que le faible pourcentage de mortalité maternelle pourrait encore être diminué par une extension des consultations pré-natales.

L'examen pré-natal obligatoire tel qu'il est exigé par les organismes de Sécurité Sociale (qui n'existent pas en Tunisie) est donc une mesure très souhaitable dans ce pays.

2) L'importante mortalité infantile est attribuable en grande partie:

a) aux accidents obstétricaux. Ceux-ci, généralement liés aux causes précédemment invoquées, peuvent être relativement diminués par les mêmes dispositions législatives et aussi par la suppression des matrones et l'augmentation du nombre de sages-femmes municipales (il y a en tout *31* sages-femmes fonctionnaires de la Santé Publique pour toute la Tunisie).

b) à la débilité congénitale et à la pré-maternité. La syphilis et la misère physiologique ne semblent jouer un rôle plus important en Tunisie que dans la métropole. Si en France on tend de plus en plus à déposséder la syphilis en tant que facteur fœticide majeur, on ne pourra pas y parvenir en Tunisie tant que n'aura pas été mis en œuvre un dépistage systématique et une thérapeutique largement répandue dans toutes les couches de la population. Quant à la misère physiologique, son rôle n'est pas niable quand on sait les conditions alimentaires défavorables que subissent la plupart des bédouins de la zone suburbaine ou les femmes musulmanes de la ville qui constituent la partie la plus importante de la clientèle tunisienne de notre service.

Vu :

Le Doyen, — *Le Président de Thèse,*

LEFEBVRE — GUILHEM

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 30 novembre 1950

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

DOTTIN

Table des Matières

Introduction 11

Etudes générales 19

Les Dystocies 27

Les Interventions Obstétricales 54

Le Placenta Prœvia 73

Les Môles Hydatiformes 80

La Prématurité 81

Les Maladies de la Mère 86

Conclusion 92